

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 **THÈSE** N° 243

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Avril 1895, à 1 heure

Par PAUL LEFAYE,

Né à Mesnil-sur-l'Estrée (Eure), le 31 août 1869.

Étude de quelques Opérations

SUR

L'UTÉRUS ET LES ANNEXES

DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { MARCHAND, agrégé.
 { BRISSAUD, agrégé.
 { LEJARS, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895



243

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 **THÈSE** No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Avril 1895, à 1 heure

Par **PAUL LEFAYE**,

Né à Mesnil-sur-l'Estrée (Eure), le 31 août 1869.

Étude de quelques Opérations

L'UTÉRUS ET LES ANNEXES

DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, agrégé.
 { BRISSAUD, agrégé.
 { LEJARS, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.



A MONSIEUR LE DOCTEUR COUDRAY.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD,

Professeur de Clinique d'accouchement à la Maternité Baudelocque,

Membre de l'Académie de médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MM. LES PROFESSEURS GUYON et PINARD.

MM. LES DOCTEURS GOURAUD,
MUSELIER, DUJARDIN-BEAUMETZ, BALZER,
SCHWARTZ, ALBARRAN, POLAILLON,

INTRODUCTION

Le titre de notre travail indique un cadre énorme et il faudrait des volumes pour le remplir. Pour mener à bien une étude de la sorte il serait nécessaire de posséder à fond la science gynécologique actuelle et celle des accouchements. C'est dire que nous n'avons nullement mépris sur les difficultés de notre tâche, ni sur les imperfections de notre travail.

Nous n'en remercions pas moins M. le docteur Lepage de nous avoir engagé sur ce terrain malaisé, et, en réalité, notre but principal a été de publier de suite des observations recueillies dans le service de M. le professeur Pinard, et qui pourront être plus facilement utilisées dans des travaux ultérieurs.

Cela indique que nous n'avons eu nullement l'intention d'étudier les méthodes opératoires en elles-mêmes, ni les procédés, encore moins de les juger ; nous nous sommes contenté de quelques réflexions et considérations qui semblent indiquées, touchant ces opérations, par l'étude des grossesses et accouchements consécutifs.

Il résulte aussi de l'objectif que nous disions tout à l'heure avoir visé, à savoir d'ajouter quelques observations nouvelles, que nous avons élagué les points sur lesquels nous n'avions

pas de documents personnels à fournir. C'est ainsi que nous avons laissé de côté les curettages et les opérations sur le col. Ce dernier sujet a d'ailleurs été traité dans plusieurs thèses récentes. De même nous avons laissé de côté la castration unilatérale pour ovarite, et les opérations conservatrices de l'ovaire; nous n'avons point de documents à ajouter à ceux, rares, qui existent déjà.

Nous diviserons notre travail de la manière suivante :

A. — *Opérations sur l'utérus et les annexes. — Grossesses et accouchements consécutifs.*

- I. — Hystéropexie abdominale.
- II. — Raccourcissement des ligaments ronds.
- III. — Ovariectomie.
- IV. — Ablation unilatérale des annexes pour salpingite.

B. — *Opérations pendant la grossesse.*

- I. — Ovariectomie.
- II. — Myomectomie pour fibromes.

Avant de commencer nous avons le devoir agréable d'adresser tous nos remerciements à ceux qui, à divers titres, se sont particulièrement intéressés à nous :

A M. le professeur Pinard, notre maître, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse; à M. le docteur Lepage pour ses précieux conseils; à M. le docteur Albarran pour ses nombreux témoignages d'intérêt; enfin à M. le docteur Coudray, notre parent, dont nous n'oublierons jamais la constante et affectueuse sollicitude à notre égard.

HYSTÉROPEXIE

I

A. — Hystéropexie abdominale.

Les faits de grossesses venus après l'hystéropexie ont été surtout publiés en Allemagne. Sans être très nombreux ils permettent d'apprécier à peu près l'influence qu'exerce l'opération sur la grossesse et l'accouchement.

Au point de vue théorique, on pouvait craindre que la fixation de l'utérus n'amenât pendant une grossesse ultérieure des tiraillements douloureux, ou même que l'utérus, ne pouvant se développer facilement, la grossesse fût entravée dans son cours. On se demandait également quelle serait l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur le résultat opératoire obtenu par l'hystéropexie.

C'est ainsi que, guidé par des raisons théoriques — on ne connaissait guère à ce moment que les résultats opératoires de l'hystéropexie — Küstner, au Congrès des Gynécologistes allemands en 1889, repousse formellement l'hystéropexie pendant la période d'activité génitale de la femme, car, dit-il, « une grossesse après fixation de l'utérus à la face antérieure de l'abdomen étant acquise, l'avortement est inévitable. »

Une des premières observations qui s'est inscrite en faux contre l'opinion excessive de Küstner est celle de :

I. — ROUTIER (Thèse de BAUDOUIN. Paris 1890). Chez sa malade l'hystéropexie est faite le 1^{er} décembre 1888, une grossesse survient à la fin de janvier ou au commencement de février 1889. La gestation se poursuit normalement et l'accouchement a lieu à terme le 31 octobre. Examinée le 10 décembre, la femme était en très bon état et ne souffrait plus ; l'utérus était resté en place.

II. — OLSHAUSEN (*Zeis. h. f. Geb. und Gyn.* 1890) a pu examiner une femme à laquelle Kaltenbach avait pratiqué l'hystéropexie. Un an et demi après, l'opérée devint enceinte et accoucha normalement : six semaines après, l'utérus était en antéversion.

III, IV, V. — SPERLING (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 5, p. 179, 1891), relatant les opérations de Leopold à la clinique de Dresde, donne le détail de 19 hystéropexies : 4 malades étaient atteintes de rétroflexion pure, 6 avaient en même temps une lésion des annexes du côté gauche, 1 un myome, 1 un prolapsus utérin.

Chez 7 malades les annexes furent conservées. Or, parmi ces sept malades, trois sont devenues enceintes ; elles ont eu toutes trois une grossesse normale.

VI. — LEOPOLD (*Centralblatt f. Gyn.*, 1891) a cité un cas de grossesse consécutive à une hystéropexie, et dont le terme fut abrégé de trois ou quatre semaines. L'accouchement dut être fait avec le forceps. Les suites furent normales.

VII. — GOTTSCHALK (*Centralbl. f. Gyn.*, 8, 1891) rapporte un fait intéressant. Une femme de 28 ans, tertipare, était atteinte d'un kyste ovarien intraligamenteux, avec rétroversion. Gottschalk fit l'ablation du kyste et fixa l'utérus à l'angle inférieur de la plaie. Ultérieurement une grossesse survint, qui fut interrompue dès la 6^e semaine à la suite de douleurs et d'hémorrhagies.

L'examen pratiqué après la fausse couche montra l'utérus en anté-

version et adhérent à la paroi abdominale. Le col était très élevé, la lèvre antérieure épaisse, la postérieure très mince. De même la paroi antérieure du corps est beaucoup plus épaisse que la postérieure. Cette différence est due à la gêne apportée au développement de la face antérieure de l'utérus par les adhérences utéro-abdominales. L'organe s'était développé presque exclusivement aux dépens de sa face postérieure. Gottschalk en conclut que la ventrofixation peut être un obstacle à l'évolution normale d'une grossesse et devenir une cause d'avortement. Il s'agissait en somme ici d'un cas complexe ; peut-être ne faut-il pas attribuer l'avortement uniquement à l'hystéropexie, mais les constatations de l'auteur relativement à la différence d'épaisseur des parois utérines méritent d'attirer l'attention.

VIII. — JACOBS (*Annales de Gynécologie* 1891), relate le fait suivant : une femme de 26 ans subit l'hystéropexie abdominale en mai 1890 et devient enceinte deux ou trois mois après. Pendant les trois premiers mois de la gestation, il y a quelques malaises et douleurs, qui n'obligent cependant pas la femme à s'arrêter ; plus tard la grossesse suit son cours régulier et l'accouchement est normal. L'utérus est resté petit, en antéversion à peu près normale et adhérent par son fond à la paroi. On n'avait employé qu'une seule suture au crin de Florence au niveau du fond de l'utérus.

IX. — SAENGER (*Centralblatt f. Gyn.*, 1891) publie un important travail sur la question. Sur 19 hystéropexies il a conservé cinq fois les annexes. De ces cinq dernières opérées deux sont devenues enceintes. L'une a eu une première grossesse qui s'est terminée par un avortement à six mois, et une seconde grossesse dont le cours a été normal, mais l'accouchement a été laborieux ; une version a été faite et l'enfant a succombé.

X. — L'autre opérée, devenue enceinte quatre mois après l'opération, a accouché à terme, *normalement*, d'un enfant vivant. Un an plus tard, l'utérus était en antéversion, mobile, et encore fixé à la paroi abdominale. Saenger admet que l'utérus après avoir été fixé s'éloigne peu à peu de la paroi abdominale pour rentrer dans le

bassin. Toutefois les adhérences ne sont pas rompues ; elles sont transformées en cordon fibreux laissant à l'utérus une certaine mobilité.

TERRIER 1891. (Voir plus loin dans nos observations).

XI, XII, XIII. — VON WINIWARTER (Fraipont, *Revue des maladies des femmes*, de Chéron, juillet 1891) a vu parmi ses opérées d'hystéropexie trois femmes devenir enceintes peu de temps après l'opération. Chez les trois, un ovaire avait été enlevé ; l'utérus avait été fixé par le fond. Dans les deux premiers cas, la grossesse a été régulière et l'accouchement normal ; dans le troisième, accouchement prématuré à sept mois et demi, mais la femme a accusé de mauvais traitements de la part de son mari.

En 1892 paraît dans les *Archives de Tocologie et de Gynécologie* un mémoire de RIVIÈRE (*De l'hystéropexie et du raccourcissement des ligaments ronds au point de vue obstétrical*), qui rappelle les faits connus et les analyse dans un sens défavorable à l'hystéropexie pour plaider la cause de l'opération d'Alexander.

Ses conclusions sont les suivantes :

« Il semble donc résulter de l'étude de ces observations, que la
« grossesse survenant chez une femme hystéropexiée est suscep-
« tible de ne pas aller jusqu'au terme, et peut être, en tout cas,
« accompagnée de troubles douloureux ou d'hémorrhagies. »

Il faut, ce nous semble, tenir compte, pour l'exacte appréciation de la question, d'éléments autres que l'opération elle-même. Il existe dans plusieurs observations des complications de l'hystéropexie ; tantôt on a enlevé les annexes d'un côté, tantôt on a fait l'ovariotomie. Il est bien évident que ce sont là des conditions qu'il est bon de ne pas négliger.

XIV, XV. — BION (Thèse de Zurich, 1893) rapporte deux cas de grossesse après ventrofixation, suivis d'accouchement normal. On

a observé dans ces cas, de même que dans un troisième cas de grossesse parvenue au cinquième mois, que l'utérus était resté adhérent à la paroi abdominale.

XVI. — LOHLEIN (*Deutsch. med. Woch.*, 15 mars 1894) rapporte l'observation suivante :

La nommée L..., 35 ans, a subi le 22 novembre 1892 une laparotomie pour l'ablation d'un fibrome de la grosseur d'une tête d'homme. *Fixation de l'utérus rétrofléchi à la paroi abdominale.*

Cette femme devient enceinte; examinée lorsque sa grossesse est dans le troisième mois, on constate un certain degré de mobilité de l'utérus.

Le 11 septembre 1893, naissance d'une fille vivante (forceps) qui mourut peu de temps après sa naissance.

XVII. — LOHLEIN (*Deutsche med. Wochen.* 15 mars 1894).

La nommée D., âgée de 30 ans, a déjà eu deux accouchements avant son opération.

Le premier, en 1886, à la suite duquel se produisit un prolapsus utérin et vaginal, contre lequel Hoffmeier pratiqua en 1887 la colpoperinéorrhaphie.

Le second, en 1890, à la suite duquel on observa la récurrence du prolapsus de l'utérus rétroversé.

Le 27 juillet 1892, ventrofixation.

Troisième grossesse : dernières règles dans la seconde moitié de mars 1893.

Dans les trois premiers mois, vomissements fréquents :

Le 24 septembre 1893. — Grossesse de six mois environ; fortes varices aux grandes lèvres et à l'orifice de la vulve.

A travers la paroi abdominale, on sent profondément situés des cordons fibreux qui joignent la paroi antérieure du fond de l'utérus à la partie inférieure de la cicatrice opératoire.

Au moment de l'accouchement qui eut lieu à la Clinique le 21 décembre 1893 (poids de l'enfant 2,900 gr.), on nota les particularités suivantes : la cicatrice opératoire, médiane, commence à

quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic pour finir au voisinage du bord supérieur des symphyses.

L'utérus s'étend en largeur et prend la forme bicornue au moment des douleurs.

Après l'accouchement qui dura environ six heures, le fond de l'utérus resta au voisinage de l'ombilic, toujours fixé à la paroi abdominale, puis, dans la suite, s'abaisse peu à peu et se trouva en antéflexion un peu exagérée.

Enfin, le 2 mars 1894, l'utérus revenu à sa forme normale, était resté maintenu à une hauteur normale et en antéflexion.

La femme allaitait son enfant.

XVIII. — *Hystéropexie. — Ovariectomie. — Grossesse consécutive. — Accouchement normal.*

Baudelocque, n° 2133, année 1894.

Joséphine B..., 39 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires. Elle a été réglée à 17 ans, d'une façon régulière.

Elle a eu quatre grossesses normales et quatre accouchements normaux (1877-1879-1882-1885).

En 1892 elle présenta les symptômes d'une métrite hémorragique. De plus on lui fit une laparotomie pour ablation d'un kyste de l'ovaire, et une hystéropexie en octobre 1892. Ces opérations furent pratiquées par M. le docteur Michaux, à l'asile Saint-Michel.

Les dernières règles datent du 1^{er} au 6 avril 1894. La malade perçut les mouvements actifs du fœtus à 3 mois 1½. La hauteur de l'utérus est de 33 centimètres, la grossesse est à terme.

L'examen général de la malade ne présente rien de particulier ; l'examen obstétrical donne les renseignements suivants :

Ventre portant une cicatrice médiane, blanchâtre. Utérus fixé à la paroi abdominale.

Présentation du sommet. Engagement effectué ; position et variété : G A.

Bassin normal.

Auscultation des bruits du cœur : à gauche et au-dessous de l'ombilic.

Début du travail, le 30 décembre, à 7 heures du matin.

Dilatation complète, 11 h. 30 matin.

Rupture prématurée des membranes le 29 décembre, vers 10 h. 1/2 du soir.

Durée de la période d'expulsion : 10 minutes.

Durée totale du travail : 5 heures.

Extraction simple du placenta, pesant 430 gr., à 12 h. 40, le 30 décembre 1894.

Enfant féminin, vivant, pesant 3020 gr. Suites de couches physiologiques.

XIX. — *Hystéropexie. — Colpopérinéorrhaphie. — Bassin vicié D P S P, 10 cent 8. — Accouchement spontané à terme.*

Baudelocque, n° 57, année 1895.

Fanny H..., 26 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 17 ans, bien réglée. A eu une pneumonie à 7 ans.

En 1888, a accouché spontanément d'un enfant à terme, vivant, venu par le sommet. Prolapsus de l'utérus.

Colpopérinéorrhaphie en février 1893 et quatorze jours après hystéropexie. Ces deux opérations furent pratiquées à l'hôpital Bichat.

Les dernières règles datent du 21 au 24 mars 1894, après un retard de 8 jours.

La hauteur de l'utérus le 9 janvier 1895 est de 30 centimètres, la grossesse est à terme.

Varices au membre inférieur droit.

Cicatrice de la ligne blanche au-dessous de l'ombilic.

L'utérus est déprimé au centre et à la partie inférieure.

Tension des parois : moyenne.

Présentation du sommet. Engagement effectué en G A.

Bassin rétréci : diamètre promonto-sous-pubien = 10 cm 8.

Auscultation des bruits du cœur, à gauche et au-dessous de l'ombilic.

Début du travail à minuit le 10 janvier 1895.

Dilatation complète à 3 h. 45 soir le 10 janvier.

Durée de la période de dilatation, 2 h. 15. Rupture précoce des membranes à 2 h. 15 du soir, le 10 janvier (dilatation de 2 fr.)

Liquide amniotique normal. Expulsion du fœtus à 3 h. 55, le 10 janvier.

Durée de la période d'expulsion : 10 minutes.

Durée totale du travail : 16 heures.

Présentation du placenta par la face fœtale. Extraction simple à 4 h. 30 du soir, 10 janvier. Poids : 460 gr.

Enfant masculin, vivant, pesant 3150 gr.

Suites de couches physiologiques.

Au moment des contractions utérines la cicatrice cutanée se déprime fortement et est attirée en bas.

XX. — *Hystéropexie* par M. TERRIER. — *Femme enceinte pour la seconde fois.* — *Fibrome utérin.* — *Accouchement spontané.* — Observation due à l'obligeance du docteur LEPAGE.

M^{me} X..., âgée de 28 ans, devient enceinte pour la deuxième fois en 1891.

A la suite de son premier accouchement, elle a présenté des troubles du côté des organes génitaux internes et a souffert en particulier d'une rétroversion pour laquelle, après un curetage sans résultat. M. Terrier a pratiqué l'hystéropexie,

En 1891, les règles ont lieu pour la dernière fois du 14 au 16 juin ; il est probable que la conception n'a pu avoir lieu qu'à partir du 23 juin. Cette grossesse évolue normalement

M^{me} X..., qui habite la province, arrive à Paris le 14 mars ; elle a supporté sans grande fatigue un voyage qui a duré une dizaine d'heures. Je l'examine le jour de son arrivée : la santé générale est parfaite ; pas d'œdème, ni de varices des membres inférieurs. Le ventre est assez volumineux ; le fond de l'utérus remonte à 8 cent. au-dessus de l'ombilic ; mais l'utérus est surtout développé transversalement.

En pratiquant le palper, on constate que l'excavation est vide, qu'il n'y a même pas au-dessus de l'aire du détroit supérieur de partie fœtale. En portant une main sur la partie latérale gauche de l'utérus, on trouve une tumeur mobile, ballottant assez facilement, qui se trouve à gauche, mais fort peu au dessous d'une ligne passant par l'ombilic. La main portée au niveau de la région symétriquement opposée de l'utérus, constate la présence d'une autre

tumeur irrégulière, accompagnée de parties fœtales, le siège ; le plan résistant qui réunit les deux pôles, est situé en haut et en avant. Les parties fœtales sont perceptibles en avant et dans la partie droite de l'utérus.

Foyer d'auscultation élevé, situé à hauteur de l'ombilic et un peu à gauche.

Le toucher permet de constater que le col est élevé et en arrière ; il faut faire relever le siège de la femme pour l'atteindre tout à fait en haut et un peu à gauche ; il est incomplètement ramolli.

L'excavation est complètement vide, et il est impossible d'atteindre aucune partie fœtale, même par le toucher combiné au palper.

Pas d'albumine dans les urines.

15 mars. — Nouvel examen.

La cicatrice abdominale est tendue, légèrement pigmentée. Le palper donne les mêmes sensations que la veille, c'est-à-dire que le fœtus n'est pas accommodé, qu'il est situé haut dans la cavité utérine, en position transversale. La main constate en outre sur la partie latérale droite de l'utérus et un peu en bas, une autre tumeur arrondie, du volume du poing, qui ressemble à une petite tête fœtale et paraît ballotter. L'idée d'une grossesse gémellaire vient un instant, mais il semble que cette tumeur appartienne au muscle utérin lui même. Je ramène assez facilement la tête en bas ; mais elle reste très élevée au-dessus du détroit supérieur, avec tendance à filer dans la fosse iliaque gauche.

M^{me} X... se lève et continue à porter la ceinture abdominale qui lui a été faite après son opération d'hystéropexie.

17 mars. — Le fœtus a repris son attitude, c'est-à-dire que la tête est dans la fosse iliaque gauche. On sent toujours cette tumeur à droite de l'utérus : elle ne semble pas mobile dans la cavité utérine, mais tenir intimement au muscle utérin. L'excavation n'est remplie ni par une partie fœtale, ni par l'utérus.

M^{me} X... continue à faire les injections vaginales avec une solution très faible de sublimé.

La tête est encore ramenée en bas.

19 mars. — Nous voyons la malade avec MM. Pinard et Terrier, qui pensent tous deux qu'il n'y a qu'un seul fœtus dans la cavité

utérine, que la tumeur sentie sur le côté droit de l'utérus est probablement un fibrome utérin hypertrophié sous l'influence de la grossesse ; quant au défaut d'accommodation, il tient surtout à ce que l'utérus est maintenu élevé par l'adhérence intime de sa face antérieure avec la paroi abdominale, de telle sorte que cet utérus ne peut guère s'abaisser et qu'il n'y a pas de formation de segment inférieur. Il est probable, qu'en outre, le placenta inséré partiellement sur la partie inférieure de l'utérus vient encore troubler par sa présence l'accommodation.

Le col est élevé et incomplètement ramolli, de telle sorte que la grossesse n'est guère que de huit mois et demi.

On décide de faire la version céphalique par manœuvres externes et de maintenir le fœtus dans cette nouvelle attitude à l'aide d'une ceinture eutocique.

Le soir du même jour, après avoir ramené la tête en bas, je la maintiens à l'aide de la ceinture.

20 mars. — La ceinture mal assujettie, se défait dans la nuit ; le fœtus a repris la position transversale.

Je ramène à nouveau la tête en bas et je réapplique avec soin la ceinture en gonflant davantage le coussin de droite.

Le soir le fœtus reste en position longitudinale, mais la tête reste élevée.

21 mars. — Même état ; M^{me} X... se lève et se promène avec la ceinture qu'elle supporte assez bien.

26 mars. — La tension de l'utérus est un peu moindre, la tête fœtale reste bien sur la ligne médiane, mais on ne peut même l'abaisser de manière à l'appliquer sur le détroit supérieur.

Le col ne s'abaisse pas ; il reste élevé et en arrière. Le ramollissement s'accroît.

4 avril. — Depuis quelques jours M^{me} X... éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre ; la sensibilité au niveau de la tumeur située à droite est un peu plus grande.

Pour la première fois on constate que la tête s'applique sur l'aire du détroit supérieur ; au toucher le col est un peu plus accessible et l'orifice externe très perméable.

Présentation du fœtus en OIGT.

6 avril. — A 7 heures du matin on vient me chercher parce que

M^{me} X... a éprouvé des douleurs depuis 2 heures du matin. Au moment où j'arrive je constate que la tête est légèrement amorcée, que le col est ramolli, mais qu'il présente la même longueur que les jours précédents. Pas de contractions utérines pendant l'heure que je reste auprès de ma cliente. Je considère l'accouchement comme imminent, mais le travail comme n'ayant pas encore réellement débuté.

Je la revois dans l'après-midi, mais les douleurs ont presque complètement disparu. Je fais maintenir la ceinture par précaution, la tête ne me paraissant pas suffisamment amorcée. Je laisse auprès de M^{me} X... une garde expérimentée qui me fera prévenir *dès que les contractions utérines apparaîtront.*

M^{me} X... dort une partie de la nuit, mais avec un certain sentiment de gêne, de malaise qu'elle attribue à la ceinture.

Je ne la vois pas pendant toute la journée du 7 avril. Vers 1 h. 1/4 on me téléphone en me disant que M^{me} X... désirerait savoir si sa ceinture ne peut être enlevée, elle craint d'être encore gênée pendant la nuit. Je me rends auprès de M^{me} X... La garde qui l'a examinée peu de temps avant mon arrivée a trouvé le col non effacé et pense qu'il n'y a pas encore de début de travail. Cependant M^{me} X... a souffert une partie de l'après-midi; en entrant dans sa chambre, je vois sa figure se contracter douloureusement en même temps qu'elle porte les mains à la région hypogastrique. Sept à huit minutes après une nouvelle contraction douloureuse survient, et je constate à ce moment que l'utérus se contracte et qu'au niveau de la cicatrice la peau se plisse, se fronce en se déprimant. Au toucher : dilatation ayant à peine 50 centimes, membranes intactes, tête peu engagée.

M^{me} X... est en travail et je lui annonce qu'elle accouchera dans la soirée ou dans la nuit; j'enlève la ceinture et je prescris un grand lavement. Il est 9 h. 25 du soir.

Dans un but d'asepsie, je retourne chez moi pour me changer et me disposer à passer une partie de la nuit.

A 11 heures je suis revenu près de M^{me} X..., l'accouchement vient de se terminer depuis 5 minutes. La patiente a continué à souffrir après mon départ, et après l'administration du lavement les douleurs ont eu une acuité telle que c'est à peine si M^{me} X... a

eu le temps de se coucher, et en 2 ou 3 douleurs l'expulsion a eu lieu.

Malgré les efforts faits par la garde, pour retarder la sortie de la tête fœtale, le périnée a cédé sur une étendue d'un centimètre $1/2$ environ, à côté de tissu cicatriciel ancien provenant d'une déchirure très étendue du périnée qui a eu lieu lors du premier accouchement.

L'utérus reste volumineux, son fond est à 2 centim. de la cicatrice ombilicale. Il est irrégulier et présente du côté droit une saillie arrondie due à la présence de la tumeur fibreuse qui se dessine au moment de la contraction.

J'attends environ une demi-heure après avoir fait une injection vaginale; le placenta se présente par sa face fœtale; je fais la délivrance par *expression*, dans l'intervalle des contractions. Le placenta est volumineux, et d'après la mensuration des membranes, nettement inséré sur le segment inférieur.

Après la délivrance, soins habituels d'antisepsie et suture de la plaie périnéale avec un catgut.

L'utérus reste appliqué contre la paroi abdominale.

L'enfant pèse 3 kgr. 540.

Les suites de couches furent physiologiques; la température maxima fut de $37^{\circ} 2$.

M^{me} X... allaite.

Les injections vaginales chaudes à 48° , faites deux fois par jour, furent commencées le 20 avril.

Le 21 avril, le fond de l'utérus remonte à 11 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne; les jours suivants, ce fond s'abaisse chaque jour de 1 centimètre jusqu'au 26 avril.

A ce moment, le fond de l'utérus reste à 7 centimètres au-dessus de la symphyse.

Les 29 et 30 avril, M^{me} X... éprouve des douleurs assez vives dans le bas-ventre, surtout du côté droit, avec irradiations douloureuses en avant de la cuisse; en même temps l'écoulement sanguin réapparaît abondant.

M^{me} X... se lève le 5 mai. Le fond de l'utérus reste élevé à 6 ou 7 centimètres au-dessus de la symphyse. Le fibrome diminue de volume.

Réflexions.

Chez cette femme l'hystéropexie, en maintenant l'utérus élevé, a empêché, jusqu'à une époque très voisine de l'accouchement, la descente de la partie fœtale, et par suite l'accommodation utéro-pelvienne s'est faite à une époque plus tardive qu'on ne l'observe chez une femme n'ayant eu qu'un enfant.

Au point de vue de l'accouchement, il semble que les contractions de l'utérus, maintenu en bonne attitude par ses connexions avec la paroi abdominale, aient agi rapidement et d'une manière très efficace pour l'expulsion rapide du fœtus.

Signalons de plus ce fait qu'on retrouve dans la plupart des observations : que le fond de l'utérus reste élevé pendant longtemps au-dessus de la symphyse et qu'il ne faut pas, comme dans les cas normaux, attendre, pour laisser lever la femme, que le fond de l'utérus ait descendu au-dessous de la symphyse.

OBS. XXI. — *Hystéropexie pratiquée par M. Routier chez une femme ayant eu neuf grossesses. — Dixième grossesse pendant laquelle il ne se produit pas d'accommodation. — Enfant mort pendant le travail. — (Observation rédigée par le D^r Lepage).*

L... J., âgée de 39 ans, mécanicienne, entre le 20 août 1894 à la Maternité de Tenon (service du D^r Champetier de Ribes, suppléé par le D^r Lepage).

Cette femme est enceinte pour la 10^e fois.

Elle a été réglée à l'âge de 18 ans. Les 3 premières grossesses se sont terminées par des accouchements normaux.

4^e et 5^e grossesses : avortement.

6^e et 7^e grossesses : accouchements normaux.

8^e grossesse : avortement de 6 semaines.

9^e grossesse à 37 ans et demi : avortement de 3 mois, rétention du placenta qui n'est expulsé qu'au bout de trois semaines.

Écoulement sanguin abondant, fièvre consécutive.

Le 10 décembre 1892, M. Routier pratique chez cette femme une hystéropexie pour rétroversion utérine irréductible.

Grâce à la bienveillance de M. Routier, dont nous le remercions, nous relatons les détails de l'opération.

L'utérus est trouvé tout à fait infléchi en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, on le fait relever, il est en battant de cloche, impossible à relever par le toucher vaginal.

Annexes saines à droite, un peu adhérentes à gauche. Libération des annexes.

L'utérus redressé reste dans sa position normale. Fixation de la *paroi antérieure* par trois points séparés de soie.

Suture de la paroi à la soie.

Suites simples. -- La malade sort guérie en janvier 1893. — En juin 1894, enceinte de 7 mois, elle est revue à Necker par M. Routier, elle se plaint de douleurs dans le ventre, du côté gauche. On lui conseille le port d'une ceinture, la paroi abdominale paraissant fort relâchée.

L'utérus est toujours en place; rien dans les annexes.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, du 15 au 21 novembre. Un seul rapport sexuel le 26 novembre.

Mouvements actifs : fin mars.

A son entrée, on constate sur la paroi abdominale, au-dessus du pubis, les cicatrices consécutives à l'hystéropexie.

Le fœtus n'est pas accommodé du tout au bassin.

Les bruits du cœur sont normaux. En cherchant à pratiquer le toucher, il est impossible d'atteindre le col avec deux doigts introduits profondément. Il faut faire pénétrer la main en entier dans le vagin et remonter à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'angle sacro-vertébral pour atteindre le col. Afin de se rendre compte de ces anomalies, M. Lepage fait donner du chloroforme à la femme, et constate que l'attitude irrégulière du fœtus et cette élévation anormale du col utérin, viennent de ce que le fond de l'utérus est fixé à la paroi abdominale, de telle sorte que, au-dessus du détroit supérieur se trouve la face antérieure de l'utérus, et que le fond de cet organe est la partie en rapport avec la paroi abdominale.

Le ventre proémine fortement en avant et fait saillie de plus de 5 centimètres en avant d'un plan vertical passant par la symphyse.

Les personnes qui examinent la femme manifestent des craintes au point de vue de la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles, en raison de la situation tout à fait anormale qu'occupe le col.

Sans vouloir formuler de pronostic d'une manière absolue, M. Lepage pense qu'il n'y aura pas lieu d'intervenir, mais cherche en vain, à l'aide d'une ceinture, à corriger l'antéversion exagérée de l'utérus.

On laisse la femme au repos en lui pratiquant des injections vaginales antiseptiques.

3 septembre. — La femme a éprouvé quelques douleurs dans la nuit, mais dans la matinée, elles s'espacent puis disparaissent.

Au toucher, qu'il faut toujours pratiquer très profondément, on atteint bien au-dessus du détroit supérieur, le col qui est entrouvert ; la tête est au voisinage de l'orifice.

4 septembre. — La femme entre franchement en travail à midi. Le fœtus, mobile dans la cavité utérine n'est pas accommodé.

A 8 heures 1/2 du soir, la tête est élevée vers le flanc gauche.

Foyer d'auscultation au niveau de l'ombilic.

Au toucher, l'orifice utérin est dilaté presque complètement. Les membranes sont intactes.

La tête tend à s'engager dans l'orifice utérin, accompagnée par une anse du cordon.

A 10 heures 1/2 du soir la dilatation est complète.

Le docteur Lepage est prévenu par téléphone, pour intervenir s'il y a lieu.

A 11 heures du soir, rupture spontanée des membranes.

Le liquide est verdâtre.

Sous l'influence des contractions utérines et des efforts de la femme, l'orifice utérin descend et vient se mettre en rapport avec l'aire du détroit supérieur. La tête descend dans l'excavation en position *Droite*, variété *Postérieure*, elle est accompagnée d'une anse du cordon, dans lequel on ne perçoit plus les battements du cœur.

L'interne du service, M. Hermery, se hâte de faire une applica-

tion de forceps et extrait une fille du poids de 4.020 grammes qui ne présente pas de battements du cœur et qu'on ne peut ranimer.

Le placenta se présente par sa face utérine.

Délivrance naturelle. — Poids : 650 grammes. Les membranes déchirées ne peuvent être mesurées.

Injection intra-utérine avec cinq litres d'une solution de lysol.

Déchirure du périnée : suture avec deux crins de Florence.

Aussitôt après la délivrance M. le docteur Lepage examine la femme et fait les constatations suivantes :

La cicatrice ombilicale est à 23 centimètres au-dessus du bord du pubis. Les anses intestinales distendent toute la région péri-ombilicale.

Le bord supérieur de la cicatrice chirurgicale est à 11 centimètres au-dessus de la symphyse.

Le ligament large du côté droit affleure le bord antérieur de l'os iliaque, à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'épine pubienne.

La face postérieure de l'utérus est accessible sur presque toute son étendue à travers une paroi abdominale très dépressible.

La face antérieure de l'utérus n'est pas accessible par le palper, ce que l'on palpe au-dessus de la symphyse c'est seulement la partie supérieure de la face antérieure sur laquelle on sent des points de suture anciens.

Pendant la nuit la femme perd quelques caillots et un peu de sang non coagulé.

Les suites de couches sont apyrétiques.

Le 14 septembre, c'est-à-dire dix jours après l'accouchement, la partie supérieure du fond de l'utérus se trouve à 8 centimètres au-dessus de la symphyse.

La femme quitte à ce moment le service.

Réflexions.

Cette observation est intéressante au point de vue de l'influence de l'hystéropexie sur les phénomènes observés à la fin de la grossesse et au moment de l'accouchement.

D'une manière très manifeste l'utérus, au lieu d'avoir sa direction habituelle, se trouvait dans une antéversion tellement accusée que le col était en rapport avec la 3^e ou 4^e vertèbre lombaire.

Cette situation anormale provenait évidemment de ce fait que le fond de l'utérus ou la partie tout à fait supérieure de la paroi antérieure de l'utérus se trouvait soudé à la paroi abdominale et que, par conséquent, l'utérus n'avait pu subir en entier le mouvement ascensionnel que l'on constate au fur et à mesure que se développe cet organe gravide.

Ce résultat, *excellent au point de vue chirurgical*, était moins favorable au point de vue obstétrical.

En effet, le fœtus, pendant tout le temps du séjour de cette femme à la Maternité de Tenon, était jusqu'à un certain point accommodé à l'utérus puisque la tête se trouvait dans l'un des flancs, peu éloignée du col. Mais, en raison même de cette attitude, il n'y avait pas tendance à l'accommodation pelvienne et c'était le plan latéral qui se trouvait au dessus du détroit supérieur. L'utérus, au lieu de se développer en hauteur, s'était surtout développé dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur.

Le premier jour de l'examen sous le chloroforme, M. Lepage essaya de ramener la tête au dessus du détroit supérieur, mais il se rendit vite compte qu'il détruisait ainsi l'accommodation du fœtus par rapport à l'utérus, sans rien obtenir de l'accommodation par rapport au bassin.

Lors de ce premier examen, il constata en outre que la paroi utérine qui surplombait l'aire du détroit supérieur était particulièrement épaisse et qu'il était impossible, à travers cette paroi, de sentir les parties fœtales.

Il est probable que le placenta était inséré à ce niveau.

Au moment du travail, l'accommodation du fœtus par

rapport au bassin ne s'est faite qu'à la dernière minute, au moment où la vitalité du fœtus était déjà fortement compromise par la procidence du cordon.

Il est difficile de dire que la situation anormale de l'utérus a contribué à favoriser la procidence du cordon. Cependant, il est vraisemblable que si l'orifice utérin n'eût pas été dirigé complètement en arrière et au dessus de l'aire du détroit supérieur, on eût pu intervenir plus heureusement en rompant de bonne heure les membranes et en facilitant ainsi la rétro-pulsion du cordon et l'engagement de la tête.

Quelques personnes versées, dans la pratique des accouchements, avaient manifesté les plus grandes craintes au point de vue de l'expulsion du fœtus par les voies naturelles, en raison de la situation anormale de l'orifice utérin.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS.

I. — *Routier*. Hystéropexie simple. Gestation régulière. Accouchement normal.

II. — *Olshausen*. Hystéropexie. Grossesse régulière. Accouchement normal.

III. IV. V. — *Sperling*. Hystéropexies simples. Grossesses régulières. Accouchements normaux.

VI. — *Leopold*. Hystéropexie simple. Accouchement un peu avant terme. Forceps.

VII. — *Gottschalk*. Ovariectomie (kyste intraligamenteux). Hystéropexie. Grossesse consécutive. Avortement à six semaines.

VIII. — *Jacobs*. Hystéropexie simple. Quelques malaises et douleurs dans les trois premiers mois de la grossesse. Accouchement normal.

IX. — *Saenger*. Hystéropexie simple. Première grossesse : avortement à six mois. Une seconde grossesse : accouchement laborieux. Version. Mort de l'enfant.

X. — *Saenger*. Hystéropexie simple. Grossesse régulière. Accouchement normal.

XI. XII. — *Winiwarter*. Hystéropexie et ablation d'un ovaire. Dans les deux cas, grossesse régulière et accouchement normal.

XIII. — *Winiwarter*. Hystéropexie et ablation d'un ovaire. Accouchement à sept mois et demi.

XIV. XV. — *Bion*. Hystéropexie. Grossesse régulière. Accouchement normal.

XVI. — *Löhlein*. Hystéropexie et ablation de fibrome. Accouchement à terme. Forceps. Mort de l'enfant peu après la naissance.

XVII. — *Löhlein*. Hystéropexie. Accouchement normal.

XVIII. — *Michaux-Pinard*. — Ovariectomie. Hystéropexie. Grossesse régulière. Accouchement normal.

XIX. — *Terrier-Pinard*. Colpopérinéorrhaphie. Hystéropexie. Grossesse régulière. Accouchement normal.

XX. — *Terrier-Lepage*. Hystéropexie. Défaut d'accommodation du fœtus. Version céphalique par manœuvres externes.

XXI. — *Routier-Lepage*. Hystéropexie. Défaut d'accommodation du fœtus. Procidence du cordon. Forceps.

RESULTATS.

Parmi nos vingt et une observations nous trouvons : 14 accouchements normaux; une grossesse a été marquée par de vives douleurs pendant les trois premiers mois; 1 accouchement prématuré à sept mois et demi; 2 avortements, l'un à

six semaines, l'autre à six mois. Quatre fois on a noté des *incidents* au moment de l'accouchement : forceps avec mort de l'enfant ; forceps et mort de l'enfant peu après ; version par manœuvres externes ; procidence et forceps.

Enfin nous devons dire que bon nombre d'observations sont très sobres de détails au sujet des accouchements consécutifs à l'hystéropexie.

Nous ne saurions rien ajouter d'utile aux réflexions que M. Lepage a formulées à la suite des observations qu'il nous a confiées, touchant les difficultés de l'accouchement chez les femmes atteintes d'hystéropexie. Il attribue ces difficultés au défaut d'accommodation du fœtus.

Nous ne savons si cette même cause doit être incriminée dans les observations IX et XVI ; le fait est possible et même probable, mais malheureusement les détails nous manquent.

Le procédé de fixation de l'utérus à la paroi abdominale ne paraît pas sans influence sur l'accouchement, et à ce point de vue les observations montrent que la fixation par le fond de l'organe, amenant une antéversion exagérée est plus défavorable ; c'est cependant le procédé qui semble le plus usité. Olshausen, Sænger, etc., conseillent de suturer les bords de l'utérus, et Leopold préfère suturer la face antérieure. Pozzi, dans son livre, se rallie au procédé de Leopold.

Dans une des observations de M. Lepage, cette antéversion est tellement exagérée que le col de l'utérus gravide est placé à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'angle sacro-vertébral. On comprend qu'il y ait de ce fait des difficultés au moment de l'accouchement.

B. — Hystéropexie vaginale.

Les éléments personnels nous faisant défaut en ce qui concerne l'hystéropexie vaginale, nous ne pouvons avec utilité aborder ce point spécial. Cette opération a cependant été faite un certain nombre de fois, surtout en Allemagne, si nous nous rapportons à Schücking (*Centralblatt f. Gyn.*, 1888, p. 181 et 682). Cet auteur a trouvé que sur 88 femmes opérées par cette méthode et suivies pendant un certain temps, 23 sont devenues enceintes et ont eu des grossesses normales.

Il reste à savoir si l'hystéropexie vaginale pourrait être appliquée dans la majorité des cas où l'hystéropexie abdominale est faite. Sans vouloir sortir du cadre que nous nous sommes tracé, il est évident que poser cette question est presque la résoudre, car nous avons vu que dans un certain nombre de cas l'hystéropexie abdominale avait dû être accompagnée, tantôt d'une ovariectomie, tantôt de l'ablation d'annexes malades, or la fixation vaginale répond à d'autres indications et le parallèle n'est pas possible.

II

Raccourcissement des ligaments ronds.

Les premières observations relatives à l'opération sont dues à Alexander.

I. — ALEXANDER. — Opération en 1881 ; grossesse sans le moindre incident, accouchement absolument normal ; un autre accouchement a eu lieu : l'utérus était resté en place.

Dans un mémoire plus récent, Alexander (*The reciprocal effects, etc. British med. journ. London, 1891, p. 348*) a rapporté six autres observations.

II. — Opération chez une femme de 38 ans, mariée depuis 7 ans, sans grossesse. Grossesse ultérieure normale, mais accouchement laborieux ; *douleurs d'expulsion très lentes, forceps*. Après l'accouchement, l'utérus est en bonne position.

III. — Femme de 36 ans, une grossesse antérieure, opération en 1886. Deux ans après grossesse, pendant laquelle douleurs très aiguës au niveau des incisions cutanées. Accouchement à terme, mais très laborieux, hémorrhagies.

IV. — 28 ans, rétroflexion douloureuse, opération en 1886. Accouchement à terme 1^{er} février 1888, après *fausses douleurs au 8^e mois*.

V, VI, VII. — Opérations suivies de grossesses régulières et d'accouchements normaux.

Dans un cas cependant des *douleurs intenses dans les côtés* sont signalées pendant les derniers mois de la grossesse.

VIII. — IMLACH (*Edinburg med. journ.*, 1885.)

Femme de 29 ans, déjà mère de 6 enfants. Opération d'Alexander. Grossesse consécutive normale ; accouchement à terme avec présentation *transversale*. Après l'accouchement l'utérus était resté en bonne position.

IX. — IMLACH. — Opération : grossesse normale, accouchement normal.

X. — NEWMANN cité par RIVIÈRE.

Femme de 23 ans, une grossesse et deux fausses couches antérieures. Opération. Un an plus tard, grossesse et fausse couche à trois mois, *après surmenage dans un déménagement*.

XI. — NEWMANN. — Femme de 35 ans, 8 grossesses et 12 avortements. Opération en mai 1888, *grande difficulté pour trouver les ligaments*. Douleurs consécutives dues à de vieilles adhérences. Grossesse dans la suite, amenant du soulagement de tous les symptômes. Accouchement normal. Ultérieurement l'utérus reste en bonne position.

XII. — NEWMANN. — Femme de 27 ans, tertipare. Trachelorrhaphie et périnéorrhaphie en juin 1888. En septembre, opération d'Alexander. Grossesse en mars 1889, normale, accouchement régulier.

XIII. — RIVIÈRE. — Marie B., 27 ans. Trois grossesses normales, un quatrième accouchement a lieu, par le siège. Absence complète de soins et précautions à la suite de cet accouchement. En août 1890, on constate une rétroversion utérine marquée avec endométrite purulente. En septembre 1890, curettage de l'utérus et tentative de raccourcissement des ligaments ronds.

« Le ligament rond du côté droit, ne peut être découvert, celui
« du côté gauche est mis à nu et fortement raccourci, mais au
« moment où il va être fixé, il se rompt. On en reprend cependant
« les débris qui sont suturés aux piliers et aux parties molles. »

Suites simples. Grossesse au commencement de janvier 1891.

Marie B... éprouva, dès le deuxième mois, dans le bas-ventre, des douleurs assez vives pour l'obliger à s'étendre. Elle entre à la clinique le 12 octobre 1891.

« Ventre en obusier, incliné à gauche; le palper douloureux, « surtout à gauche, ne permet pas d'explorer avec soin la région, « ni de percevoir le ligament rond de ce côté. La tête obliquement « placée au dessus du détroit supérieur est mobile et orientée en « O I G T. »

« Au toucher, l'utérus est maintenu haut; la tête, difficilement « accessible, n'est pas amorcée au détroit supérieur, elle est facile- « ment soulevée par le doigt explorateur.

« Début du travail, le 16, à minuit. La tête, à ce moment, est « encore mobile au-dessus du détroit supérieur. Bientôt la dilata- « tion est complète, mais pendant toute la durée de la dilatation, « la poche des eaux avait été très saillante et très volumineuse, au « point d'empêcher le doigt d'arriver jusque sur la présentation.

« Ce n'est qu'après dilatation complète et rupture des mem- « branes que la tête finit par s'engager en O I G A. »

Expulsion rapide d'un fœtus de 3.350 grammes, du sexe féminin.

Suites de couches normales

La tête ne put donc s'engager que pendant le travail, et la poche des eaux prit la forme en boudin comme dans les cas de mort du fœtus.

XIV. — CHALEIX (Société d'obstétrique et de gynécologie, 12 juillet 1892, et *Bulletin médical*, 1892, p. 1475.

Femme de 21 ans. L'opération porta exclusivement sur le ligament droit (le ligament gauche était si grêle que le chirurgien ne jugea pas utile d'y toucher). Le ligament droit, très gros et très fort, fut raccourci de 10 centimètres. Suites bonnes. A la sortie de la malade on pouvait constater que la corne utérine droite était fortement attirée en avant.

Huit mois après, la malade devint enceinte; la grossesse et l'accouchement se passèrent sans encombre, « mais la délivrance fut « très laborieuse, l'hémorrhagie abondante, et le placenta dut être « enlevé artificiellement, non sans difficulté. Il est inséré tout en.

« tier dans la corne utérine droite, allongée en entonnoir ; il y est
« si complètement inclus qu'au premier abord il échappe à mon
« investigation, mais en me guidant à l'aide du cordon, j'arrive au
« niveau d'un orifice à peu près large comme une pièce de 5 francs,
« dont les bords modérément tendus livrent peu à peu passage à
« ma main. Je trouve alors le placenta dans un diverticule profond,
« conique, dont le sommet effilé correspond à la corne utérine
« droite. Le placenta étant resté adhérent en la partie qui touchait
« au sommet du cône, il m'a fallu procéder à un décollement assez
« laborieux au cours duquel j'ai forcément vérifié les moindres dé-
« tails de ce diverticule. »

A ces quatorze observations, dont la dernière est réellement curieuse, nous ajouterons la suivante relevée dans le service de notre maître, le professeur Pinard.

XV. — Clinique BAUDELLOCQUE, année 1893, n° 875.

Gertrude J . . , 32 ans, a été réglée à 17 ans.

Opérée en septembre 1891 pour rétroversion de l'utérus : opération d'Alexander.

A déjà eu quatre grossesses, dont trois avant 1891 :

1^{re} grossesse en 1885, normale, accouchement normal.

2^e grossesse en 1888, avortement à 6 mois (l'enfant vécut pendant une demi-heure).

3^e grossesse en 1889, avortement de 2 mois.

Opération d'Alexander en septembre 1891.

4^e grossesse en 1892 (4 juin), avortement de 6 mois ; rupture prématurée des membranes avec hémorrhagie, d'après la malade, enfant mort ; application du ballon Champetier, et embryotomie.

Actuellement, 5^e grossesse.

Les dernières règles datent du 31 août au 4 septembre 1892 ; les mouvements actifs du fœtus furent perçus au quatrième mois.

Pendant les 2^e, 3^e et 4^e mois, la malade perdit un peu de sang.

L'examen général de cette femme ne présente rien de particulier.

L'examen obstétrical permet de constater la présence de verge-

tures sur les parois abdominales, et celle de cicatrices opératoires de chaque côté du pubis, provenant de l'opération d'Alexander subie en septembre 1891.

La tension des parois abdominales est normale.

Présentation du sommet en G A.

Bassin normal.

Auscultation des bruits du cœur fœtal à gauche et au-dessous de l'ombilic.

Début du travail à 3 heures du soir, le 19 juin 1893.

Dilatation complète à 8 heures 1/4 du soir.

Rupture des membranes à 8 heures 25 du soir.

Liquide amniotique verdâtre.

Expulsion du fœtus à 8 heures 30 du soir.

Durée totale du travail : 5 heures 30.

Extraction simple du placenta à 9 heures 30 du soir. Le poids du placenta était de 530 grammes.

Enfant, féminin, vivant, pesant 3.490 grammes.

Suites de couches physiologiques.

Déductions à tirer de ces quinze observations.

W. Alexander se basant sur les sept observations tirées de son mémoire cité plus haut, a protesté contre l'opinion de ses contradicteurs, présents ou à venir, d'après laquelle le raccourcissement opératoire des ligaments ronds pourrait amener des avortements, ou bien permettre après l'accouchement un nouveau déplacement de l'utérus.

Plus récemment Rivière, dans son mémoire, c'est montré un défenseur ardent de l'opération d'Alexander.

Il convient d'envisager la totalité des faits pour avoir un jugement plus éclairé.

Considérons les points suivants : Grossesse, accouchement, position de l'utérus après l'accouchement.

Parmi ces quinze observations, il en est une qui ne porte

aucun enseignement (Obs. X, Newmann). En effet, il s'agit d'une femme qui ayant eu, avant l'opération d'Alexander, deux fausses couches, en a eu une autre après l'opération. On incrimine comme cause de cet avortement un déménagement fatigant : en réalité cette observation est à mettre de côté ; elle ne prouve rien ni pour ni contre l'opération.

1° Grossesse.

Le relevé des *quatorze* observations qui restent nous montre que *dix fois* la grossesse a été absolument régulière, — *quatre fois* des douleurs vives ont été mentionnées. Ces douleurs ont été assez vives dès le deuxième mois pour obliger une femme à s'aliter (Obs. XIII).

Dans l'observation III, les douleurs se montrent très aiguës à plusieurs reprises au niveau des incisions cutanées.

Dans l'un des cas de Newmann des douleurs costales intenses se montrent dans les derniers mois de la grossesse.

Dans l'observation IV, de fausses douleurs survenant au huitième mois font craindre un accouchement prématuré.

Enfin, dans notre observation l'opération a été suivie d'un avortement à six mois et d'une grossesse normale.

Sans exagérer l'importance de ces phénomènes douloureux, nous ne pouvons donc souscrire sans réserve à l'opinion de W. Alexander trop favorable à sa propre opération.

2° Accouchement.

L'accouchement a été normal neuf fois sur quatorze observations, quatre fois des particularités se sont présentées au moment de l'accouchement, une fois au moment de la délivrance.

Dans l'observation II, une expulsion très lente nécessita l'emploi du forceps. Il convient de remarquer qu'il s'agissait d'une primipare de 39 ans.

L'observation III est un cas d'expulsion lente avec hémorrhagies.

On observe une présentation transversale dans le cas VIII.

Une présentation vicieuse a été notée aussi dans le fait de Rivière (Obs. XIII), l'engagement ne put se faire qu'après la dilatation complète et la rupture des membranes.

Enfin, dans le fait de Chaleix il y eut une dystocie au moment de la délivrance, et nécessité d'une manœuvre assez délicate pour extraire le placenta.

Ces deux derniers faits doivent être rapprochés l'un de l'autre. Dans les deux, en effet, l'opération n'avait porté que sur un seul ligament rond ; l'autre trop grêle avait dû être négligé par le chirurgien.

Rivière tâche bien d'innocenter l'opération elle-même de la présentation vicieuse qui s'est montrée dans l'accouchement ultérieur, en disant que la faute incombe au raccourcissement d'un seul ligament rond. Un tel raisonnement n'est autre chose que l'énoncé d'un fait, mais il est bien évident que l'opération elle-même est en cause.

C'est bien ainsi que Chaleix a compris la question et nous nous rallions à sa manière de voir dans les réflexions dont il accompagne une si curieuse observation. Il estime que l'on doit établir une relation causale entre la dystocie qu'il a observée et l'opération chirurgicale.

Avec lui il est légitime d'admettre qu'un ligament rond suffisamment raccourci pour attirer en avant la corne utérine correspondante, avant la grossesse, ait pu pendant la grossesse maintenir son action sur cette portion de l'utérus où le placenta s'était enchatonné. Et il ajoute : « Ce phénomène est en

« tout comparable au cas où l'enchatonnement placentaire
« reconnaît pour cause l'asymétrie utérine par développement
« inégal de l'une et de l'autre corne. Mais ici, au lieu d'être
« congénitale, l'anomalie de l'utérus a été chirurgicalement
« acquise. »

Les deux malades qui font le sujet de ces deux observations ont bénéficié, la dernière surtout, du secours d'accoucheurs expérimentés et ont été soignées dans les meilleures conditions; elles ont bien guéri, mais il est possible que se trouvant placées dans d'autres conditions, à la campagne, par exemple, l'accouchement eût pu être accompagné d'accidents.

Nous devons donc, en toute sincérité, dire que *dans la majorité des cas* les grossesses consécutives à l'opération d'Alquié-Alexander évoluent normalement, quoique accompagnées parfois de douleurs à diverses époques de la grossesse, et que l'accouchement se fait normalement en général; mais qu'il faut prévoir des difficultés d'accouchement dans les cas, impossibles à déterminer à l'avance, où un seul ligament rond aura pu être trouvé et raccourci.

3^e Position de l'utérus après l'accouchement.

Il est bien difficile de se faire une idée précise à ce sujet, à cause de la rareté des renseignements. En effet, quatre fois seulement sur nos quinze observations, il est fait mention de la position de l'utérus à la suite de l'accouchement (Obs. I, II, VIII, XI). Dans ces quatre cas l'utérus était resté en bonne position après l'accouchement, et dans l'observation I une deuxième grossesse a été notée; l'utérus était resté en bonne situation.

Il faut donc un nombre d'observations plus considérable pour résoudre la question.

III

Ovariétomie, Grossesse consécutive.

Lés observations d'ovariétomies suivies de grossesses et d'accouchements normaux sont extrêmement nombreuses, et il est généralement admis que cette opération n'a aucune influence sur la grossesse qui peut survenir, nous *ajouterons trois observations* qui, comme toutes celles connues, plaident en ce sens.

Cependant, il résulte d'un relevé de Spencer Wells (*Diseases of ovaries*, London 1872), qu'une très forte proportion de femmes ovariétomisées unilatéralement sont stériles, ce qui ne présente rien de surprenant, les altérations de l'ovaire étant fréquemment doubles.

C'est ainsi que sur 439 femmes mariées au moment de l'opération, 369 sont restées stériles, et 70 ont donné naissance à 126 enfants.

La répartition est la suivante :

36 femmes ont eu 1 enfant (1 mort-né);

18 femmes ont eu 2 enfants (1 jumeau mort-né);

11 femmes ont eu 3 enfants (1 naissance trigémellaire);

4 femmes ont eu 4 enfants;

1 femme en a eu 5.

Soixante-dix femmes se sont mariées depuis l'opération et 44 d'entre elles ont eu 99 enfants.

Dans son livre (p. 75) Spencer Wells rapporte l'observation d'une femme qui eut son septième accouchement treize mois après une ovariétomie, et plus tard en eut un huitième.

Polaillon a relevé un grand nombre de faits relatifs à ce sujet (*France médic.* 1879). Il cite un cas personnel dans lequel le kyste avait présenté des adhérences ; la femme, opérée en novembre 1877, devint enceinte quelques mois après et accoucha normalement.

Polaillon relate divers cas intéressants : celui de *Faenza*, dont l'opérée eut, un an après l'ovariotomie, une grossesse gémellaire et plus tard quatre grossesses normales.

La première opérée de *Koeberlé*, en 1862, qui n'avait pas eu d'enfants, en a eu sept après l'opération, dont deux jumeaux.

Une autre opérée de *Koeberlé*, qui avait eu une hémorrhagie profonde, consécutive à l'opération, se maria et eut deux garçons.

Lane a opéré une femme qui eut une abondante suppuration autour du pédicule, cette femme se maria et eut cinq enfants.

D'Olier (d'Orléans) a vu une grossesse double survenir à la suite de l'ablation d'un ovaire polykystique.

Mazola a vu une grossesse gémellaire après une ovariectomie.

Mortimer Balding a observé un accouchement triple chez une femme ayant subi l'ovariotomie.

Enfin *Polaillon* termine en disant que, dans ses recherches assez nombreuses, il n'a pas à signaler un seul cas de grossesse contrariée par le fait d'une ovariectomie antérieure.

Gillette a communiqué à la Société de Médecine de Paris (11 oct. 1879), trois ovariectomies suivies de grossesse ; l'accouchement fut normal et les suites régulières.

Péan (*Gaz. Méd.* 1880), cite l'exemple d'une femme qui, ayant eu cinq enfants avant l'ovariotomie, en eut deux ensuite dans l'espace de trois ans ; cependant l'opération avait

nécessité des manœuvres sérieuses : décollement d'adhérences, résection du grand épiploon.

Murphy (*Sem. Méd.* 1885, p. 144) cite le fait d'une grossesse et d'un accouchement à terme chez une femme qui avait subi l'ovariotomie à gauche, et des ponctions et ablation partielle de l'ovaire droit.

Hégar et Kaltenbach écrivent (*loc. cit.*, p. 243), que l'ovariotomie unilatérale n'altère en aucune façon les fonctions génitales.

Kohler (*Soc. Imperio-Royale des médec. de Vienne et Bulletin méd.* 1892, p. 1415), a cité le cas d'une femme qui avait mis au monde deux jumeaux, malgré l'existence d'un kyste de l'ovaire. Le kyste se rompit à la suite de l'accouchement. Kohler fit la laparotomie. La malade guérit et l'année suivante était enceinte de quatre mois.

Routier (*Congrès de Chirurgie* 1891, p. 228), a vu une grossesse survenir chez une femme à laquelle il avait enlevé un kyste de l'ovaire, gros comme une orange.

Nous ajoutons les trois observations qui suivent : dans l'une d'elles, il y eut avortement à deux mois et demi ; il va sans dire que nous ne mettons pas cet avortement sur le compte exclusif de l'ovariotomie antérieure.

I. — *Ovariectomie droite. Accouchement normal.*

N° 1427, année 1894.

Emma C., 26 ans, réglée à 16 ans irrégulièrement.

Ovariectomie de l'ovaire droit pour kyste dermoïde, opérée le 11 août 1893 par le docteur Albarran.

Dernières règles du 4 au 5 décembre 1893. Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus vers le quatrième mois. La grossesse est à terme. La hauteur de l'utérus est de 28 centimètres.

L'examen de la malade, au point de vue obstétrical, permet de constater la présence de la cicatrice opératoire.

La tension des parois abdominales est normale.

Présentation du sommet. Engagement effectué en GA.

Auscultation des bruits du cœur à gauche et au dessous de l'ombilic.

Bassin normal.

Début du travail le 2 septembre à 11 heures du matin.

Dilatation complète le 2 septembre à 6 h. 1/4 du soir.

Expulsion du fœtus à 8 heures du soir.

Durée de la période d'expulsion : 1 h. 45.

Durée totale du travail : 9 heures.

Extraction simple du placenta (400 gr.) à 9 heures du soir le 2 septembre.

Enfant masculin, vivant, pesant 2.750 grammes.

Suites de couches physiologiques.

II. — Ovariectomie. Avortement à 2 mois et demi.

N° 1487, année 1894.

Jeanne C..., 23 ans (père vivant, mère morte tuberculeuse) a été réglée à l'âge de 15 ans.

Elle a eu une première grossesse normale, et un accouchement spontané à terme. Six mois après elle commence à souffrir de douleurs dans le ventre.

Au mois d'avril 1894, elle est ovariectomisée à l'hôpital de la Pitié par M. le docteur Lejars.

Actuellement, la malade est enceinte pour la seconde fois.

Les dernières règles datent du 15 au 20 juin 1894. La grossesse est donc d'environ 2 mois et demi.

L'examen général de la malade ne présente rien de particulier.

L'examen obstétrical permet de constater le peu de développement de l'utérus, et la présence de la cicatrice opératoire.

Cette femme arrive à la clinique Baudelocque le 11 septembre 1894 à 6 heures du soir, perdant du sang abondamment, et en perdant depuis 4 jours. Elle dit avoir expulsé chez elle un corps gros comme le poing, qui n'était pas un caillot.

En l'examinant, le lendemain, on trouve le col largement ouvert : il s'en écoule un liquide fétide.

Température : le matin, 37°.

La femme est transportée à l'isolement, où on lui fait de fréquentes injections vaginales. La fétidité de l'écoulement disparaît.

Le surlendemain on apporte le corps du fœtus que cette femme avait expulsé chez elle.

Pas de température.

La malade est sortie de la clinique le 22 septembre 1894. État général : bon.

III. — *Ovariectomie gauche. Accouchement normal.*

N° 2003, année 1894.

Marie B . . , 27 ans, ne présentant pas d'antécédents héréditaires, a été réglée à 13 ans, régulièrement.

En 1893 a été laparotomisée pour un kyste de l'ovaire gauche : ovariectomie.

Primipare. — A eu ses dernières règles du 27 avril au 3 mars 1894.

La grossesse est donc parvenue à son terme,

L'examen général de la malade, et l'examen obstétrical ne révélèrent rien de particulier : la cicatrice opératoire est visible.

La tension des parois est normale.

L'engagement de la tête est effectuée en G A.

Le bassin est normal.

Début du travail le 8 décembre 1894, à 11 heures du matin.

Dilatation complète à minuit 10, le 9 décembre.

Rupture précoce des membranes le 8 décembre, à 10 heures du soir.

Expulsion du fœtus à 12 heures 45 du matin, le 9 décembre 1894.

Durée de la période d'expulsion : 15 minutes.

Durée totale du travail : 13 heures 45 minutes.

Extraction du placenta (420 gr.) par expression, à 1 heure 30 minutes.

Enfant masculin vivant, 2.600 grammes.

Suites de couches physiologiques.

IV

Ovaro-salpingites opérées et grossesse.

Goullioud. (Congrès de chirurgie, Lyon, 1894), a fait une importante étude sur ce sujet. Il constate la rareté des documents qui existent; toutefois les observations ne sont pas aussi rares que semble le croire cet auteur; c'est ainsi que quelques-uns des faits cités au Congrès de chirurgie de 1891, ont été par lui laissés dans l'ombre.

1° CAS DE GROSSESSE CONSÉCUTIFS A DES DÉBRIDEMENTS VAGINAUX.

Pour cette catégorie de faits, Goullioud, qui relate la pratique de Laroyenne et la sienne propre, donne des renseignements précieux. Il a réussi **11 cas** et pense que dans 10 0/0 environ — et plus dans la clientèle civile — on voit survenir la grossesse après des débridements vaginaux. Les cas auxquels s'adressait cette opération, consistaient en un pyosalpinx unilatéral, sans inflammation péri-tubaire diffuse. Dans une observation, des poches ont été débridées de chaque côté de l'utérus.

Les résultats de ces **11 cas** de grossesse sont les suivants : **7 fois** la grossesse et l'accouchement furent normaux; **1 fois** la grossesse était de 4 mois $1/2$; dans un cas il y eut accouchement prématuré à 8 mois (enfant mort-né); dans un cas il y eut grossesse extra-utérine qui fut opérée d'urgence à 2 mois; et enfin dans le dernier (Obs. XI), la malade eut bien une

grossesse, mais arrivée au terme, elle fut apportée mourante à l'hôpital; placenta prævia, dit l'observation. Il convient d'ajouter que cette femme, à la suite de l'incision vaginale de sa collection pelvienne avait eu une fistule recto-vaginale et une fistule urétérale, le tout ayant guéri spontanément.

2° GROSSESSES APRÈS ABLATION UNILATÉRALE DES ANNEXES FAITE PAR L'ABDOMEN.

Nous trouvons dans le Congrès de chirurgie de 1891, la relation de quelques faits.

Jacobs, de Bruxelles, dit à ce sujet : « Chez deux malades opérées de *pyosalpingite unilatérale*, la menstruation s'est rétablie indolente et régulière, quelques semaines après l'opération. *L'une d'elles est devenue enceinte sept mois plus tard et a accouché depuis heureusement à terme.* »

Jacobs a pratiqué quatre fois l'ablation unilatérale des annexes pour des *salpingites catarrhales*; deux des opérées sont devenues enceintes.

Terrillon a vu, sur trois opérations unilatérales, *deux* femmes devenir enceintes et accoucher normalement. Dans l'un de ces cas il s'agissait d'un salpynx tuberculeux; la trompe plus grosse que le pouce était remplie de pus caséux. L'ovaire transformé en cavité purulente se rompit pendant l'opération; un lavage complet du péritoine dut être fait, suivi de drainage. Les annexes de droite furent laissées en place. Un an après la femme était enceinte et accouchait normalement d'un enfant vivant. Mais peu après l'accouchement les annexes de droite présentèrent des indices d'altération.

Jeannel cite un cas d'extirpation unilatérale pour salpingite

et d'hystéropexie ; l'opérée devint enceinte et accoucha normalement.

Goullioud (loc. cit.) publie deux cas de salpingo-ovarite avec rétroversion pour lesquels il fit l'ablation unilatérale des annexes avec ventrofixation, et suivis de grossesse. L'une des opérées a avorté à trois mois, l'autre est enceinte de trois mois.

Nous ajoutons deux observations recueillies dans le service de M. le professeur Pinard, avec les détails des accouchements.

I. — Salpingite droite. Tuberculose. Laparotomie. Grossesse consécutive. Accouchement par forceps.

N° 618, année 1892.

Honorine W. ., 36 ans, femme de ménage, réglée à 12 ans, toujours bien. Chlorose à 13 ans, ulcère de la matrice d'après la malade. Salpingite droite opérée par laparotomie. Tuberculose, sommet droit.

Primipare. Dernières règles du 2 au 6 août. Pas d'albumine.

Squelette, état normal, cicatrice de laparotomie.

Début du travail à 8 h. 1/2 du soir, 3 mai 1892.

Début de la dilatation, 11 h. 1/2 soir. Dilatation complète à minuit, le 4 mai.

Durée de la période de dilatation, 23 h. 1/2.

Rupture artificielle des membranes à 10 h. 45 du matin, 4 mai à dilatation de 0 fr. 50.

Extraction du fœtus à 7 h. 1/4 du matin, 5 mai.

Durée totale du travail, 31 heures.

Application de forceps par M. Varnier, à 7 h. 1/4 matin, 5 mai. Sommet G T.

Douleurs fréquentes, efforts d'expulsion énergiques, sans effet pour expulser le fœtus. Rotation non faite.

Extraction simple du placenta (400 gr.) à 7 h. 55 du matin, 5 mai. Enfant féminin, vivant, 2500 gr.

II. — *Salpingite gauche. Laparotomie. Grossesse. Infection avant le travail. Accouchement par forceps. Mort.*

N° 731, année 1893 (observation rédigée par le docteur Lepage, chef de clinique).

Jeanne D. ., 32 ans, employée de commerce, pas d'antécédents héréditaires, réglée à 17 ans.

Secondipare. Première grossesse normale, accouchement normal.

Immédiatement après sa première grossesse la malade présente les symptômes objectifs et fonctionnels d'une endométrite. Elle est successivement traitée par quatre médecins qui font des cautérisations. Finalement elle consulte le docteur Dumontpallier, à l'Hôtel-Dieu, qui la traite par l'introduction d'un crayon de chlorure de zinc laissé en place 9 jours. A la suite de cette médication énergique, la malade va mieux pendant 3 mois, puis les douleurs et la leucorrhée réapparaissent et la malade se décide à consulter le docteur Perier, à Lariboisière. On diagnostique une salpingite gauche dont on fait l'opération le 16 mars 1892. L'ovaire droit est trouvé sain et prolabé. La malade quitte l'hôpital en mai, bien portante, et est enceinte 3 mois après.

Dernières règles, 17 avril 1892, mouvements actifs à 4 mois 1/2. H. ut..., 40 cm., à terme, pas d'albumine.

Squelette, état normal, cicatrice opératoire abdominale.

Début du travail à 8 h. du matin, 21 mai.

Rupture des membranes artificielles (hémorrhagie), à 2 h. 5 soir. Liquide amniotique vert.

Extraction du fœtus à 3 h. 30 soir, 21 mai (3 h 42). Durée totale du travail, 7 h. 1/2.

Secondipare entrée à la salle de travail le 21 mai 1893, à 10 heures du soir ; à son entrée, on constate qu'elle n'est pas en travail, on la place au dortoir pour être surveillée (elle dit avoir eu un frisson très intense chez elle, qui a continué après son entrée). — Le 21, à 1 heure du soir, les douleurs étant plus intenses, cette femme est ramenée à la salle de travail ; à ce moment, la dilatation est à cinq francs, l'enfant se présente par l'extrémité céphalique en G T, il se fait un écoulement sanguin assez considérable au niveau des organes génitaux.

2 h. 5 du soir, rupture artificielle des membranes, alors que la

dilatation est grande comme une paume de main, le liquide qui s'écoule est vert, et en quantité assez considérable. On s'aperçoit à ce moment que les bruits du cœur sont ralentis (60 par minute), puis ensuite exagérés ; on prévient M. Lepage à 2 h. 50.

A 3 h. 20, M. Lepage examine la femme, constate que l'utérus est volumineux et distendu dans tous les diamètres. Les bruits cardiaques sont alternativement fréquents et ralentis.

Au toucher, l'orifice est dilaté comme une grande paume de main. Il existe un œdème très accusé de toute la partie antérieure du col. A gauche, il persiste un peu de segment inférieur. La main pénètre sans difficulté à travers cet orifice incomplètement dilaté, la tête est extrêmement élevée, déviée vers la gauche, eile présente une sorte de bosse séro-sanguine volumineuse qui n'est autre que le cuir chevelu soulevé par la substance cérébrale, le pariétal droit faisant presque complètement défaut. Le pariétal droit est lui-même très peu ossifié. Le liquide qui s'écoule de l'utérus est de couleur café léger ne ressemblant nullement au liquide amniotique teinté par le méconium. La consistance de cette tête est si faible que M. Lepage se demande si cet enfant n'est pas mort et si les bruits du cœur qu'on entend encore dans l'utérus ne sont pas ceux d'un autre fœtus. L'exploration méthodique de l'utérus ne permet toutefois de ne reconnaître la présence que d'un fœtus. Malgré quelques hésitations à faire une application de forceps sur une tête si mal ossifiée, M. Lepage se décide cependant à intervenir après avoir constaté qu'il n'y a pas de procubitus du cordon. L'application est facile et la tête descend facilement jusqu'au niveau de l'orifice utérin ; les tractions sont modérées et la tête se dégage doucement après rotation. Le fœtus respire ayant la tête à la vulve. On éprouve alors les plus grandes difficultés pour extraire les épaules qui sont engagées suivant un diamètre presque autéro-postérieur. La tête est appliquée contre la vulve, M^{lle} Roze et M. Lepage introduisent à deux ou trois reprises la main pour tâcher d'accrocher une épaule ; ce n'est qu'après des tractions très énergiques qu'on parvient à abaisser l'épaule postérieure et à dégager le bras correspondant. Le fœtus ne respire plus. Le reste de l'extraction ne présente rien de particulier.

Enfant, mort-né, 4.010 gr., 52 cent. Placenta 460 gr.

1^{er} jour, température soir 40° irrig. continue.

2^e — — matin 39°

— — soir 35°8

3^e — — matin 36°6

— — soir 39°

4^e — — matin 37°

— — soir 36°8

5^e — — matin 37°8

Morte le 25 mai à 6 heures du matin.

La seconde de nos observations soulève la question de l'auto-infection puerpérale par le fait de la présence d'anciens foyers purulents. La malade qui avait présenté une endométrite à la suite de son premier accouchement, puis une salpingite opérée par laparotomie, de nouveau enceinte est prise de phénomènes infectieux avant le commencement du travail. Faut-il attribuer cette infection à la présence de germes dans l'utérus (ancienne métrite), ou dans la trompe respectée ?

Quoi qu'il en soit, il est difficile de ne pas voir une relation entre la métro-salpingite antérieure et l'infection puerpérale dans le cas en question. Rien de semblable n'est à signaler dans les autres observations.

Il faut dire qu'elles ne sont pas très nombreuses et que les malades ne sont pas toujours suivies jusqu'à leur accouchement.

OPÉRATIONS DIVERSES SUR LES OVAIRES ET LES TROMPES.

A côté de l'ovariotomie et de l'ablation des annexes pour salpingite dans leurs rapports avec la grossesse, nous serions amené à nous occuper de la castration unilatérale et de certaines opérations conservatrices, telles que la résection par-

tielle de l'ovaire, l'ignipuncture, et enfin la salpingectomie. Ces sujets ne nous sont point familiers.

D'ailleurs les opérations en question ont une valeur sur laquelle les gynécologistes sont loin de s'entendre, les faits étant encore peu nombreux. Enfin nous n'avons aucun document personnel à apporter à cette étude.

B. — OPÉRATIONS PENDANT LA GROSSESSE

I

Ovariectomie.

Depuis longtemps déjà les chirurgiens ont opéré des kystes de l'ovaire chez des femmes enceintes, et dans bon nombre de cas, dans la très grande majorité des cas, on peut dire, la grossesse a continué son cours.

Toutefois la laparotomie n'est guère entrée dans la pratique courante que depuis une dizaine d'années.

Hégar et Kaltenbach, dans leur excellent livre de 1885, nous disent en effet qu'en cas de grossesse la ponction d'un kyste de l'ovaire permet de gagner du temps, et que la ponction suffit dans les cas de kyste uniloculaire ou de tumeur présentant une grande loge. Ils s'appuient sur un grand nombre de faits dus à la pratique de Spencer Wells. Mais toutefois dans les conditions opposées (kyste multiloculaire, kyste dermatoïde, kyste suppuré), la ponction sera insuffisante et pourra, comme on le comprend, présenter non seulement des inconvénients mais encore des dangers.

Indépendamment de ces inconvénients il résulte du relevé de *Rémy* (grossesse, compliquée de kyste ovarique. *Th.*

d'agrég., 1886), que dans près de 1/4 des cas la ponction a été suivie d'avortement, et elle a quelquefois occasionné la mort.

Des accoucheurs (R. Barnes) ont préconisé l'accouchement et l'avortement provoqué chez des femmes grosses atteintes de kystes de l'ovaire avec signes de compression, mais cette manière de voir n'a pas prévalu. Hégar et Kaltenbach en indiquent les très légitimes raisons :

1° « Ce mode de traitement ne met en aucune façon les
« malades à l'abri de l'influence fâcheuse qu'ont l'accouche-
« ment et la puerpéralité sur la tumeur (hémorrhagie dans la
« tumeur, rupture, suppuration, etc.). »

2° « Si l'extirpation de la tumeur devient tôt ou tard inévi-
« table, la malade sera exposée successivement à deux opé-
« rations dangeuses : l'avortement ou l'accouchement prématuré
« et l'ovariotomie. »

Aussi faut-il réserver l'interruption de la grossesse aux cas dans lesquels l'enclavement dans le bassin ne permet ni le développement de l'utérus, ni l'extirpation de la tumeur.

Mais déjà, en 1885, l'ovariotomie pendant la grossesse est très communément pratiquée. Hégar et Kaltenbach consacrent un long article à cette importante question.

Dès 1877, Olshausen avait réuni 14 ovariectomies. Onze nouveaux cas sont dus à Smith, Spencer Wells, Galabin et Schröder ; on arrive à 28 opérations, avec 3 morts et 2 accouchements prématurés.

Comme le remarque Rémy, l'ovariotomie pendant la grossesse donne une mortalité notable 19,4 0/0 et 50 0/0 de mortalité pour les enfants. Cela tient vraisemblablement à ce que dans la période antérieure à 1885 ou 1886, on ne faisait l'ovariotomie que pour des cas graves, ou dans lesquels il y avait des phénomènes de compression menaçants, la grossesse étant déjà avancée. Nous verrons en effet que la statistique s'améliore

à mesure que la pratique des ovariectomies pendant la grossesse s'est généralisée.

Ainsi la laparotomie a dû être faite un certain nombre de fois pour des accidents urgents dus à la rupture du kyste, à la torsion du pédicule. Ce dernier phénomène est fréquent pendant la grossesse et a maintes fois occasionné la mort. Aussi est-il préférable, lorsque le diagnostic du kyste compliquant une grossesse est établi de bonne heure, d'opérer dès le premier mois de la grossesse. Ce sont les conclusions d'Hégar et Kaltenbach.

Nous devons dire que les faits signalés depuis plaident en faveur de ces conclusions.

Schröder (Maladies des organes génitaux de la femme, 1886, p. 434) est plus affirmatif encore que Hégar et Kaltenbach. Pour lui la grossesse ne doit pas être regardée comme une contre-indication. Les chances de l'opération ne seront pas plus désavantageuses pour la mère ; attendu qu'il peut se produire du chef de la grossesse même des accidents non moins sérieux pour la vie de la femme et celle du fœtus. L'intérêt de la mère exige que l'opération soit faite pendant les premiers mois. L'existence de l'enfant n'est guère plus menacée que si on se bornait à attendre.

Schröder, sur 12 cas, a sauvé 9 enfants sans perdre une femme.

Depuis, les faits se sont multipliés, nous en signalerons quelques-uns.

Monod (Soc. de Chir., 1888) cite un cas où l'ovariectomie n'a pas interrompu une grossesse de six mois.

Angelini (6^e Congrès de la Soc. Italienne de Chir., Bologne, 1889), dit avoir extirpé un kyste de l'ovaire volumineux chez une femme enceinte de 5 à 6 mois ; la grossesse ne fut d'ailleurs reconnue que pendant l'opération. La malade guérit

très bien, mais accoucha prématurément 55 jours après l'intervention. L'auteur accuse des travaux pénibles et des rapports sexuels fréquents comme cause de cet accouchement prématuré.

M. Richardson (Boston Soc. for medical improvement, 1889), cite un fait de grossesse méconnue arrivée au cinquième mois et coïncidant avec un kyste de l'ovaire. Au cours de la laparotomie l'utérus fut ponctionné, le kyste découvert ensuite fut extirpé; la ponction utérine suturée au catgut, les suites furent simples et quatre mois après la femme accoucha d'un enfant à terme.

Dans la même séance *Homan* dit avoir observé un cas semblable; mais la grossesse ne remontait qu'à 2 mois : un avortement eut lieu deux mois après.

Warren a pratiqué une ovariectomie au cours d'une grossesse parvenue au quatrième mois; l'accouchement s'est fait à terme.

Baudron (Soc. Anat., 1891), a cité une très intéressante observation de *M. Pozzi*. Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche se manifestant par les phénomènes de torsion de son pédicule (violente douleur subite, ballonnement du ventre) sans frissons, nausées, ni vomissements. Différents diagnostics furent posés. Le ventre était volumineux comme dans une grossesse de 7 mois et demi à 8 mois. *M. Pozzi* pensait à une grossesse ectopique développée dans une corne utérine rudimentaire. Des vomissements bilieux étaient survenus, la malade se trouvait très affaiblie.

M. Pozzi fit la laparotomie et trouva un grand kyste à parois sphacélées, adhérent à l'utérus et à l'épiploon. Le lendemain l'extraction du fœtus qui se montrait dans le vagin fut pratiquée. Dans la soirée la malade succombait à une syncope.

C'est un exemple de plus à ajouter aux cas de mort par tor-

sion du pédicule; l'intervention n'a pu sans doute être faite assez tôt.

Nous trouvons dans le *Bulletin Médical*, 1892, p. 1005, la relation d'une observation de *Fancourt Barnes*, présentée à la *Britisch Gynæcological Society*.

Il s'agit : « d'une femme de 31 ans chez laquelle il a pratiqué
« une ovariectomie alors qu'elle était enceinte. Cette malade
« présentait un développement de son abdomen qui n'était pas
« en rapport avec l'âge encore peu avancé de la grossesse. La
« palpation rendue difficile par la présence d'une ascite consi-
« dérable ne permettait pas de se rendre un compte exact de ce
« qui existait dans l'abdomen, mais le refoulement de l'utérus
« en haut et en arrière permettait cependant d'affirmer qu'il
« existait une tumeur autre que celle formée par l'utérus
« gravide.

« Une laparotomie fut décidée : l'abdomen ayant été ouvert,
« on trouva, occupant toute la cavité abdominale, un kyste
« multiloculaire de l'ovaire gauche. Le kyste adhérait assez
« intimement à l'intestin, mais les adhérences purent cepen-
« dant être détachées et le kyste fut enlevé. On put alors cons-
« tater que l'utérus avait le volume d'un utérus gravide de
« 4 mois. Les suites de l'opération ont été excellentes, et la
« grossesse a continué à évoluer sans incident. »

Dsirne (*Archiv. f. Gynak.*, XLII, 3, 1892, et *Sem. méd.*, 1892, p. 500), a fait une étude très complète de la question. Il a relevé 135 cas d'*ovariotomie* au cours de la grossesse.

Certains faits sembleraient indiquer que parfois les kystes de l'ovaire diminuent de volume pendant la grossesse; d'après Kœberlé ils restent stationnaires ou diminuent sous l'influence de la pression de l'utérus gravide, mais le fait est bien loin d'être constant, car Spiegelberg et Olshausen ont au contraire

noté d'une manière générale l'accroissement de volume des kystes sous l'influence de la grossesse.

La nécessité de l'intervention fréquente dans les grossesses compliquées de kystes de l'ovaire est indiquée par les résultats de l'évolution spontanée de ces grossesses. *Heiberg* a montré que sur 271 cas de grossesse compliquée de tumeur ovarienne, il avait eu une mortalité de 1/4 des mères et des 2/3 des enfants. Ces chiffres indiquent la gravité de l'évolution simultanée de la grossesse et du kyste.

L'ovariotomie est le procédé de choix. Les *statistiques* relatives à cette opération pendant la grossesse se sont progressivement améliorées. Celle de Spencer Wells donnait une mortalité de 23 %; celle de Reith, 10,8 %; d'Olshausen, 9,5 %. Enfin, ce dernier a communiqué à Dsirne une série de 26 opérations sans une mort. La mortalité générale est de 5,9 %.

Dans 22 0/0 des faits, l'ovariotomie a été suivie de l'avortement ou de l'accouchement prématuré.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

« 1° L'existence simultanée d'une tumeur ovarienne est une complication toujours grave de la grossesse, et qui met en question presque toujours l'intervention radicale, l'extirpation ;

« 2° Plus la grossesse est avancée, plus la situation devient grave pour la mère et le fœtus ;

« 3° La ponction du kyste et l'accouchement prématuré ne doivent être considérés que comme des procédés d'urgence ;

« 4° L'ovariotomie donne les meilleurs résultats pour la mère dans les 2^e, 3^e et 4^e mois ;

« 5° Quand une ovariectomie précoce n'a pas été possible, il faut la faire dans les derniers mois, car elle donne à ce moment encore de bons résultats. »

L'ovariotomie double donne une proportion plus forte

d'avortements et d'accouchements prématurés que l'ovariotomie simple. C'est ainsi que nous voyons dans le mémoire de Dsirne, six cas d'ovariotomie double au cours de la grossesse. Il y eut guérison dans tous les cas, mais deux avortements se produisirent, ainsi qu'un accouchement prématuré : les trois autres eurent une grossesse normale.

Meredith a rapporté à la Société d'Obstétrique de Londres (6 juillet 1892), deux observations d'ovariotomie double chez des femmes enceintes. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme non réglée depuis sept semaines et qui présentait une assez volumineuse tumeur abdominale qui refoulait l'utérus en arrière et amenait des accidents douloureux et de l'amaigrissement.

Ovariectomie à gauche ; on s'aperçut que l'ovaire droit était compris dans la ligature.

La grossesse suivit son cours et l'accouchement eut lieu à terme.

Le second cas est relatif à une femme de 32 ans, déjà mère de sept enfants. Cette malade présentait en même temps qu'un utérus plus développé que normalement et mou, une tumeur kystique accompagnée de phénomènes douloureux. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, et que l'ovaire droit était le siège d'un kyste dermoïde. Extirpation des deux ovaires. La grossesse fut normale et la femme accoucha d'un enfant à terme, pesant 3 kil. 500.

Un autre cas d'ovariotomie double a été présenté à l'Académie de Médecine (26 juillet 1892) par M. Polaillon.

Chez une femme enceinte de trois mois, ce chirurgien fut amené à enlever les deux ovaires atteints de dégénérescence kystique avec intolérables douleurs. Il existait de nombreuses adhérences des kystes avec la trompe et l'épiploon dont le décol-

lement amena d'assez sérieuses hémorrhagies. La gestation suivit son cours sans le moindre incident.

Les faits d'ovariotomie pratiquée au cours de la grossesse méconnue ne sont pas très rares, c'est même dans des cas semblables que furent faites les premières opérations, mais la méconnaissance de la grossesse coexistant avec un kyste a lieu surtout dans les premiers mois. Or, le cas suivant que nous emprunterons au *Bulletin Médical*, 1893, p. 883, est à la fois un exemple d'une *grossesse au 6^e mois méconnue* et d'une heureuse issue d'une tubo-ovariotomie.

« Le cas que vient de publier M. Peeples dans le *New-York medical journal*, présente un intérêt parce qu'il a fallu enlever la trompe entière en même temps que l'ovaire malade.

Il s'agit d'une femme de 38 ans, mère de six enfants. Depuis deux ans, les règles étaient douloureuses et très irrégulières. L'abdomen notablement augmenté de volume était le siège de douleurs assez vives. Cette femme ne croyait pas être enceinte. L'examen ayant révélé la présence d'une tumeur ovarienne. M. Peeples qui ne pensait pas du tout à une grossesse possible, résolut de l'opérer.

Après laparotomie, on tomba d'abord sur une tumeur volumineuse comprenant l'ovaire droit et la trompe. L'ablation en fut laborieuse à cause des adhérences. Enfin le pédicule fut lié aussi près que possible de l'utérus.

A ce moment, M. Peeples fut extrêmement surpris de trouver un utérus très volumineux. Certains des assistants émirent l'opinion qu'il y avait également une tumeur utérine. Heureusement M. Peeples qui était assez disposé à partager cet avis ne se décida pas à faire immédiatement l'hystérectomie, se réservant de mieux préciser ultérieurement le diagnostic. Le ventre fut fermé sans drainage. Les suites de l'opération furent très simples ; la malade était guérie au bout de cinq semaines.

Nous ferons seulement remarquer que pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, on administra chaque jour une assez forte dose d'opium. C'est peut-être à cette circonstance fortuite que fut due l'absence de contractions utérines et la continuation régulière d'une grossesse méconnue, même pendant l'opération.

Trois mois plus tard, en effet, cette femme accoucha à terme d'un enfant robuste. L'accouchement fut simple et ses suites régulières. »

Trois ovariectomies pendant la grossesse ont été signalées dans un travail récent de M. Delagénère (du Mans). — *Archives provinciales de Chirurgie*, nov. 1894.

1° *Deux cas* dus à Exerke (*Centrabl. f. Gyn.*, 1894, n° 24) résultats : une grossesse normale et un avortement.

2° *Deux cas* de Rokopeff (*Russk. med. Saint-Petersbourg*, 1893, XVIII, 293-7) : deux grossesses normales consécutives.

3° *Un cas* de Chambes (*Australas. m. gaz. Sydney*, 1893, XII, 12-15).

4° *Deux cas* personnels. Un premier cas est relatif à une ovariectomie chez une femme enceinte de cinq mois, pour un kyste de l'ovaire droit. Les suites ont été simples et l'accouchement normal.

Le second cas, beaucoup plus intéressant, concerne une femme grosse de trois mois, qui est prise subitement d'accidents péritonéaux qui se localisent. On reconnaît la présence d'un kyste. La laparotomie montre que le pédicule était complètement tordu ; le kyste présentait des adhérences très étendues mais molles. La malade a guéri ; la grossesse a évolué sans incidents et l'accouchement a eu lieu à terme.

Ce dernier fait s'ajoute à bien d'autres pour démontrer l'utilité de l'intervention dès que le diagnostic de kyste est posé ; l'intervention a été heureuse il est vrai, mais dans nombre de

circonstances semblables elle pourra échouer ; c'est ce que nous avons vu dans l'observation de Pozzi où il s'agissait d'un kyste à parois gangrenées.

Delagènière cite un cas de Butler-Smith (*Brit. m. J. Lond.*, 1893, I, 890) dans lequel la grossesse survenue chez une femme atteinte de kystes dermoïdes de l'ovaire, fut interrompue. Après l'avortement, Butler dut pratiquer l'extirpation des kystes qui étaient gangrenés.

Clinique Baudelocque, année 1894, n° 487.

Eugénie L..., 27 ans, blanchisseuse. Opérée le 22 septembre 1893, pour tumeur de l'ovaire, droit à la Salpêtrière, par M. le docteur Chaput, sortie le 22 octobre 1893.

A eu antérieurement (1889-1893) deux grossesses normales terminées par un accouchement spontané.

Pertes de sang continues vers le mois de septembre 1893 ; elles ont disparu après l'opération.

Le ventre porte la trace de la cicatrice opératoire.

Présentation du sommet.

Début du travail : 11 h. 30 du soir, le 26 mars 1894.

Dilatation complète à 1 heure du matin, le 27 mars.

Expulsion spontanée du fœtus à 1 h. 10 du matin, le 27 mars.

Durée totale du travail : 2 h. 10.

Extraction simple du placenta (480 gr.) à 1 h. 45 du matin, le 27 mars.

Enfant vivant pesant 2.850 gr.

Suites de couches physiologiques.

Le second accouchement, antérieur à l'opération, avait eu lieu également à la clinique Baudelocque : n° 458, année 1893. Vomissements pendant toute la durée de la grossesse.

Durée totale du travail : 11 heures. Enfant vivant, pesant 3.030 gr.

Poids du placenta : 380 gr.

II

Fibromes et grossesse.

Avant la période contemporaine, les cas d'extirpation des fibromes du corps utérin coïncidant avec une grossesse ont été très rares. On n'a guère opéré que des fibromes du col, causant pendant la grossesse des hémorrhagies graves. Pour ceux du corps causant des accidents, on a surtout cherché à provoquer l'accouchement, quitte à soigner ultérieurement le fibrome. *Courty*, dans son traité si remarquable de 1866, ne cite que de très rares observations dans lesquelles on a extirpé des fibromes soit au moment de l'accouchement, soit immédiatement après.

Le grand danger des interventions abdominales à cette époque explique la rareté des faits de cette nature.

Sans vouloir aucunement traiter toute la question il convient de séparer nettement trois groupes de faits :

1° *Les myomes du segment inférieur* de l'utérus, ou polypes fibreux ;

2° *Les myomes du corps* ;

3° *Les myomes enclavés dans le bassin* ;

A. — *Polypes*. — L'extirpation de ces tumeurs pendant la *grossesse* est une nécessité urgente. Outre qu'ils constituent un obstacle mécanique à l'accouchement, leur présence dans l'utérus et le vagin peut donner lieu à une auto-infection. D'autre part l'extirpation de ces tumeurs n'entrave en rien la grossesse. Cette question ne faisant aucun doute, nous n'y insistons pas.

Au moment de l'*accouchement*, certains myomes, sans être polypeux peuvent siéger sur le col et gêner l'expulsion du fœtus. C'est ainsi que Braxton Hicks, cité par Hégar et Kaltenbach, p. 399, dut enlever sur la lèvre antérieure du col un myome qui pesait une livre, s'opposant à l'engagement de la tête.

Danyau (*Gaz. méd. de Paris*, 1851), fit pendant l'accouchement l'énucléation d'un myome siégeant dans la paroi postérieure du col et remplissant presque complètement le bassin.

Depaul (*Annales de Gynécologie*, 1882) enleva un gros fibrome pédiculé du col faisant obstacle à l'accouchement.

B. — Quant aux myomes sous-muqueux du corps, ils peuvent donner lieu à des avortements ; leur extirpation s'impose dès qu'elle est possible et des grossesses nouvelles survenant peuvent suivre une évolution normale, ce qui n'a rien de bien extraordinaire. A ce titre nous signalerons l'observation de Houzel (de Boulogne-sur-Mer) Société de Chirurgie, 22 juillet 1891 :

Une femme de 25 ans avait été une première fois enceinte en 1889 et des douleurs étaient survenues presque immédiatement. A cinq mois et demi elle faisait une fausse couche, pour laquelle la version dut être pratiquée. On reconnaissait pendant cette manœuvre, au fond de l'utérus, une tumeur lisse et dure.

Au bout de huit jours il y eut des phénomènes d'infection qui engagèrent M. Houzel à pratiquer l'*ablation du fibrome* par morcellement. La malade se rétablit, devint de nouveau enceinte en 1890 et accoucha normalement.

C. — *Fibromes enclavés dans le petit bassin.* — Hégar et

Kaltenbach jugent ainsi la question : « Hors de la grossesse, « ces tumeurs peuvent toujours être soulevées vers la cavité « abdominale, pourvu qu'il n'y ait aucune adhérence ; mais « lorsque l'utérus se trouve distendu par le produit de la conception, cette opération peut devenir très difficile ou presque « impossible : car le fœtus obstrue par lui-même le détroit « supérieur et la pression intra-abdominale se trouve augmentée ; dans ces circonstances l'opérateur s'est fréquemment « vu obligé à recourir à l'opération césarienne. »

Encore convient-il d'ajouter que l'opération césarienne faite ainsi ne donne pas de brillants résultats. En effet, dans les vingt-huit opérations réunies par Cazin, *Arch. de Tocol.*, III, p. 321, il s'agissait de tumeurs enclavées dans le petit bassin, on ne compte que quatre succès.

N'ayant pas de documents personnels sur cette importante et difficile question, nous nous gardons d'y insister davantage.

Fibromyomes abdominaux pédiculisables. — Les accidents divers survenus par le fait des fibromes pendant la grossesse, d'une part, et d'autre part, la diminution de la mortalité opératoire, ont amené les chirurgiens à intervenir de plus en plus facilement dans les cas de tumeurs compliquant la grossesse.

L'accroissement habituel des fibromes pendant la grossesse et la compression des organes abdominaux et thoraciques deviennent tels dans certains cas, que la vie se trouve compromise ; d'autre part, l'évolution des tumeurs amène parfois de la péritonite, que celle-ci soit liée à la torsion du pédicule ou à un autre processus.

Quand on se trouve en présence d'une tumeur menaçant la vie, on peut avoir recours à l'avortement provoqué ou à l'extirpation de la tumeur.

L'avortement provoqué expose à des hémorrhagies très graves

lorsque le placenta s'insère sur la tumeur qui n'est pas rétractile, et les dangers provenant du fait de la tumeur ne sont qu'ajournés.

L'extirpation, quand elle est possible, est donc la méthode de choix. Mais alors deux cas se présentent : si le fibrome est pédiculé, son extirpation seule suffit, mais est-il sous-séreux ou interstitiel avec une très large surface d'insertion, on est dans la nécessité d'enlever à la fois la tumeur et l'utérus gravide.

Cette dernière catégorie de faits ne devra pas nous arrêter, étant donné le titre même de notre thèse.

Observations de myomectomies pour fibromes sous-péritonéaux pendant la grossesse.

Routier, dans un travail important (*Annales de gynécologie*, mars 1890), en a rassemblé 15 cas, y compris le sien ; nous en avons trouvé 12 autres cas dans diverses publications, soit avant, soit après le travail de Routier.

I. — PÉAN (15 décembre 1894.) — Laparotomie pour fibrome chez une femme enceinte de cinq mois. Avortement le lendemain ; la malade a guéri.

II. — THORNTON (4 juin 1879.) — Grossesse de sept mois ; accouchement prématuré et mort par occlusion intestinale.

III. — SCHROEDER (16 novembre 1879.) — Grossesse de seize semaines ; extirpation d'un myome enclavé entre le foie et l'utérus ;

ablation de deux petits myomes pédiculés. Guérison. *Accouchement à terme.*

IV. — HÉGAR (janvier 1880.) — Grossesse au 3^e mois ; extirpation d'un fibrome ramolli très volumineux ; signes graves de compression et péritonite subaiguë. Septicémie. Mort le 7^e jour.

V. — FROMMEL (1880.) — Grossesse au 5^e mois. Myomectomie, guérison, accouchement à terme.

VI. — MARTIN (de Berlin) (6 mars 1881.) — Primipare de 40 ans ; grossesse de quatre mois ; fibrome sus-ombilical ; dyspnée. Le 6 mars 1881, excision d'un énorme fibrome. Avortement le lendemain. Mort d'hémorrhagie au 7^e jour.

VII. — LANDAU (mars 1881.) — Primipare, 23 ans, grossesse de trois mois. Fibrome, 1.500 gr. Laparotomie. Evolution normale de la grossesse. Accouchement à terme.

VIII. — LANGENBUCH (27 juin 1882), cité par Zaborowski. (Thèse Paris, 1891.) — Grossesse de quatre à cinq mois. Volumineuse tumeur. Laparotomie ; extraction de la tumeur et de deux autres plus petites ; le soir, expulsion du fœtus. Guérison.

IX. — SIUDSGAARD (19 décembre 1892.) — Volumineuse tumeur pédiculée ; 3^e mois de la grossesse. Laparotomie ; la grossesse suit son cours.

X. — BRAUN (11 novembre 1884) cité par Pinard art. *Grossesse Dict. des Sciences Médicales.* — Grossesse de trois mois ; myomes multiples volumineux. Avortement ; guérison.

XI. — BARNES (1885.) — Grossesse de trois mois ; myome pédiculé. Laparotomie. Mort.

XII. — OGDEN (avril 1885) ; cité par Pozzi dans son *Traité de Gynécologie.* — Epoque de la grossesse non indiquée ; myome inters-

titiel ; grossesse méconnue ; avortement au bout de douze jours. Guérison.

XIII. — MARTIN (2 novembre 1883.) — Primipare, 43 ans ; tumeur à droite dans le bas-ventre. Grossesse au 3^e mois. Laparotomie. Large pédicule. Accouchement à terme. Délivrance artificielle.

XIV. — MARTIN (1886). — Grossesse de 3 mois ; gros pédicule ; troubles respiratoires ; mort d'hémorrhagie au cinquième jour.

XV. — MARTIN (1886). — Grossesse de 4 mois. Avortement le lendemain. Guérison.

XVI. — A. BERGH (1889), cité par Pozzi. — Grossesse de 4 mois ; deux tumeurs ; la plus grosse, du volume des deux poings ; énucléation. Guérison ; accouchement normal.

XVII. — S.-G. GORDON (1889). — Fibrome de forme ovoïde ; grossesse de 3 mois. Laparotomie. Accouchement à terme : travail long et laborieux ; intégrité de la paroi utérine, laissée très mince par l'opération.

XVIII. — ROUTIER (9 nov. 1889). — Tumeur du fond de l'utérus depuis 6 ans. Grossesse de 3 mois. Énucléation du fibrome (2.415 gr.). Grossesse continue. Détails de l'accouchement dans la thèse de Zaborowski. Infection utérine ; forceps ; mort apparente de l'enfant. Guérison.

XIX. — HOMAN (1889). — Grossesse de 3 mois. Hystérotomie, ablation d'un fibrome de 15 livres anglaises. Avortement 10 jours après.

XX. — DUPLAY (1891). (Delbet. *Arch. gén. de méd.*, 1892, t. XXIX, p. 209). — Grossesse de 4 mois 1/2. Fibrome utérin adhérent à la paroi abdominale. Laparotomie le 17 novembre 1891. Ascite ; pédicule court, mais mince, reliant la tumeur à la corne droite utérine. Guérison. Sortie le 22 décembre de l'hôpital. Gagne l'influenza en

rentrant chez elle. Endocardite. Avortement le 2 janvier. Mort le 3 janvier.

XXI. — ROSTHORN (Soc. des méd. allem. de Prague, 1892, et *Bullet. méd.*, 1892, p. 731). — Multipare de 39 ans ; tumeur abdominale depuis 3 ans avec métrorrhagies. Laparotomie ; ablation d'un fibromyome de 4.750 grammes. Grossesse de 3 mois non soupçonnée, a continué son cours.

XXII. — ROSTHORN (*ibid.*). — Femme de 32 ans ; phénomènes péritonéaux ; grossesse de 3 mois et tumeur péri-utérine. Laparotomie ; myome uni à la corne utérine droite par un pédicule tordu une fois et demie sur lui-même. On n'eut pas à toucher l'utérus ; la grossesse continua à évoluer sans incidents.

XXIII. — GUINARD (Congrès de chirurgie, 1893, p. 147). — Multipare ayant après sa quatrième grossesse des métrorrhagies répétées. Cinquième grossesse marquée par des douleurs dans le bassin. On constate l'existence d'un fibrome inclus dans le ligament large, avec une grossesse de 3 mois. Laparotomie le 6 septembre 1892. Énucléation assez facile de la tumeur, qui présente le volume d'une grosse tête de fœtus à terme. Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 ; l'enfant n'a pas vécu.

XXIV. — VAUTRIN (Congrès de chirurgie, 1893, p. 150) publie l'observation suivante :

Femme de 35 ans, enceinte de 3 mois. Deux grossesses antérieures, fausse couche en 1890. Tumeur sur la paroi postérieure de l'utérus abaissant le cul-de-sac vaginal et comprimant le rectum ; vives douleurs, mictions fréquentes et pénibles ; irradiations douloureuses dans les membres inférieurs. *Janvier 1892* : extraction par morcellement d'un fibrome gros comme une tête de fœtus à terme inséré sur la partie inférieure de l'utérus par un pédicule court mais peu large. Guérison. Grossesse régulière. Accouchement normal.

XXV, XXVI. — EXERKE (*Centralblatt f. gyn.*, 1894, n° 24), relate deux cas d'énucléation pendant la grossesse. Dans le premier, il y eut avortement plus de quatre semaines après l'opération, et cette dernière n'est peut-être pas la seule cause de l'avortement. Dans le second la grossesse a suivi son cours.

XXVII. — TERRIER-PINARD.

Cette observation est antérieure aux précédentes, puisque l'opération fut faite le 18 novembre 1890 et publiée en partie dans la thèse de Zaborowski, mais la suite et fin est toute récente, puisque nous relatons le *deuxième accouchement* de la malade, depuis son opération par M. Terrier.

Jeanne C..., 33 ans, enceinte de quatre mois et demi, fibrome à évolution rapide depuis la grossesse, violentes douleurs, nausées, vomissements. Le 18 novembre 1890, ablation, par M. Terrier, d'un gros fibrome pédiculé pesant 3.500 grammes; ablation d'un autre petit fibrome; un troisième est laissé intact. Un peu d'ascite. Le pédicule mesurait 4 centimètres de diamètre. Suites très simples, sauf un peu de phlébite du membre inférieur droit pendant une quinzaine de jours.

Le 14 décembre la malade quitte le service complètement guérie.

Le 16 février 1891, l'opérée entre à la clinique d'accouchement dans le service de M. le professeur Pinard.

Le 3 mars : tête engagée, bruits du cœur à droite et au dessous de l'ombilic. Au palper on retrouve le petit fibrome laissé en place pendant l'opération. Il semble augmenté de volume depuis cette époque. Il est gros comme une mandarine.

Début du travail le 4 mars à 6 heures du soir.

Dilatation complète à 8 h. 30 du matin, le 5 mars.

Rupture des membranes à 7 h. 1/2 du matin, la dilatation étant comme 5 fr.

Liquide amniotique normal.

Expulsion du fœtus à 9 h. 10 matin, le 5 mars.

Durée de la période d'expulsion : une demi-heure.

Durée totale du travail : 13 h. 10.

Extraction simple du placenta pesant 620 gr. à 9 h. 55 du matin, le 5 mars.

L'enfant, vivant, et bien constitué, pèse 2.960 gr.

Après la délivrance on trouve encore au fond de l'utérus, et sur la ligne médiane, un fibrome mobile du volume d'une grosse noix.

Suites de couches physiologiques.

Second accouchement. — Jeanne C..., qui s'est toujours bien portée depuis son premier accouchement, devient enceinte une seconde fois.

Les dernières règles datent du 24 au 28 mai 1894. L'utérus mesure 35 centimètres de hauteur. La grossesse est à terme. Les mouvements actifs ont été perçus à 4 mois et demi.

La malade présente au niveau de la ligne blanche la cicatrice de l'opération subie le 18 novembre 1890.

L'enfant se présente par le sommet en G A et l'auscultation des bruits du cœur se trouve située à gauche et au-dessous de l'ombilic.

Début du travail à 4 heures du matin le 5 mars 1895.

Dilatation complète à 7 h. 10 du soir le 5 mars.

Durée de la période de dilatation : 6 h. 10. Rupture des membranes à la dilatation complète.

Liquide amniotique verdâtre.

Expulsion du fœtus à 7 h. 1/2 du soir le 5 mars.

Durée de la période d'expulsion 20 minutes.

Durée totale du travail : 18 heures.

Expulsion spontanée du placenta pesant 540 gr. à 7 h. 50 du soir le 5 mars.

L'enfant vivant et bien constitué pèse 3.770 gr.

Le 4^e jour, l'enfant pèse 3.750 gr. et la température de la mère n'a pas dépassé 37°.

Après la délivrance, on constate la présence de fibromes siégeant sur le fond de l'utérus.

RÉSULTATS.

Ces 27 observations donnent 5 morts ; soit une mortalité de 18,5 p. 0/0.

Vautrin (*loc. cit.*), qui n'a pas tenu compte des faits de Braun, d'Ogden, et qui ne pouvait connaître ceux d'Exerke, indique une mortalité de 20 p. 0/0.

Encore convient-il de faire remarquer que dans un de ces cinq cas, la mort eut lieu par occlusion intestinale (Thornton) ; que dans le cas d'Hégar il y avait de la péritonite avant l'opération, et que les deux cas de Martin concernaient de très gros fibromes accompagnés de troubles graves.

Dans 7 cas il y eut avortement, en général, dans les jours qui ont suivi l'opération ; dans le premier cas d'Exerke toutefois, l'avortement ne se produit qu'au bout de plus de quatre semaines, aussi y a-t-il lieu de se demander avec l'auteur si l'opération est seule responsable de l'avortement.

1 cas d'accouchement prématuré à sept mois et demi.

9 fois un accouchement normal est signalé.

5 fois il est mentionné que les grossesses suivent leur cours. C'est dans ce groupe qu'il faut classer le fait de Duplay, puisque dans ce cas la grossesse n'a été interrompue que par une maladie accidentelle survenue après la guérison.

Dans 3 cas d'accouchement à terme les incidents suivants ont été signalés :

Délivrance artificielle : 1.

Accouchement long et laborieux : 1.

Infection utérine avant le travail, forceps et mort apparente de l'enfant : 1.

Enfin, disons que dans 2 cas la grossesse avait été méconnue

et n'a été découverte qu'au cours de l'opération (Ogden, Rosthorn, premier cas).

La myomectomie pendant la grossesse est donc une opération légitime, elle semble peu dangereuse lorsqu'il s'agit de fibromes pédiculés ou énucléables facilement, et dans ces cas la grossesse continue généralement à évoluer. Elle paraît aujourd'hui devoir remplacer la pratique de l'accouchement provoqué dès que le fibrome présente un notable volume, ce qui apporterait un empêchement à l'accouchement normal ; en un pareil cas, en l'absence de tout accident sérieux, peut-être y a-t-il lieu d'y recourir, *à la condition* toutefois que le fibrome *soit volumineux*.

A fortiori l'opération devient-elle non seulement justifiée, mais nécessaire lorsque la tumeur détermine par sa présence des accidents de compression, de dyspnée, d'ascite, de péritonite.

En pareil cas, sans doute, l'opération fera courir au fœtus un risque plus grand et à la mère un certain danger.

CONCLUSIONS

L'étude des relations qui existent entre les opérations sur l'utérus et les annexes est une de celles qui mettent le plus en lumière le peu de gravité des grandes opérations à l'heure actuelle.

D'une manière générale, les opérations que nous avons eues en vue n'empêchent pas la grossesse consécutive, et lorsqu'elles sont faites pendant la grossesse, elles n'en abrègent qu'assez rarement le terme.

Nous n'avons pas ici à formuler de conclusions spéciales, ces dernières ayant été indiquées dans chacun de nos chapitres.

BIBLIOGRAPHIE

HYSTÉROPEXIE ET OPÉRATION D'ALEXANDER

1885. *Imlach*. — Edimburg med. journal.
1888. *Demelin*. — Thèse de Paris.
1888. *Schücking*. — Centralbl. für Gyn., p. 181 et 682.
1889. *Dumoret*. — Thèse de Paris.
1889. *Gauja*. — Thèse de Bordeaux.
1890. *Olshausen*. — Zeits. f. Geb. ünd. Gyn.
1890. *Beaudouin*. — Thèse de Paris.
1890. *Chaput*. — Semaine medicale, p. 338.
1891. *Labusquière*. — Annales de gynécologie.
1891. *Sperling*. — Deutsch. med. Woch., n° 5, p. 179.
1891. *Gottschalk*. — Centralbl. f. Gyn., 8
1891. *Gottschalk*. — Centralbl. f. Gyn., 16 mai.
1891. *Saenger*. — Centralbl. f. Gyn., 18 avril.
1891. *Saenger*. — Ibid., 31 octobre.
1891. *Jacobs*. — Annales de gynécologie.
1891. *Schücking*. — Centr. f. Gyn., 16 mai.
1891. *Léopold*. — Ibid.
1891. *Fraipont*. — Revue des maladies des femmes, juillet.
1891. *Alexander*. — British. med. journ., 14 fév.
1892. *Rivière*. — Arch. de tocol. et de gyn., p. 770.
1892. *Rivière*. — Gazette hebdomadaire de Bordeaux, 10 juillet.
1892. *Taghetta*. — Thèse de Paris.
1892. *Chaleix*. — Société d'obstét. et de gynéc., 12 juillet.

1893. *Cadilhac*. — Archiv. de tocol. et de gynéc., p. 8, 20, 571.
1893. *Warde*. — Thèse de Paris.
1893. *Bion*. — Thèse de Zurich.
1894. *Lohlein*. — Deutsch. med. Woch., 15 mars 1894.

OVARIOTOMIE ET GROSSESSE CONSÉCUTIVE.

1866. *Courty*. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.
1872. *D'Olier*. — Gaz. des hôpit., n° 143.
1872. *Spencer Vells*. — London diseases of ovaries.
1874. *Balding*. — Medical Times and Gazette, 5 septembre.
1879. *Polailon*. — France Médicale.
1879. *Gillette*. — Société de médecine de Paris, 11 octobre.
1880. *Péan*. — Gazette médicale.
1885. *Murphy*. — Sem. méd., p. 144.
1885. *Hégar et Kaltenbach*. — Traité de gynécologie opératoire, traduit sur la 2^e édition.
1886. *Terrier*. — Revue de chirurgie, 10 mars.
1888. *Terrillon et Valat*. — Archives de tocol, avril.
1891. *Routier*. — Congrès de chirurgie, p. 228.
1892. *Kohler*. — Bulletin méd., p. 1415.

ABLATION DES ANNEXES.

1891. *Jacobs*. — Congrès de chirurgie, 1^{er} avril.
1891. *Terrillon*. — Id.
1891. *Jeannel*. — Id.
1891. *Routier*. — Id.
1891. *Martin*. — 4^e Congrès de la Soc. Allem. de Gynéc. Bonn., 22 mai.
1892. *Goullioud*. — 1^{er} Congrès internat. de Gyn. et d'obstétr. Bruxelles, 15 septembre.
1893. *Pozzi*. — Association médicale britannique.
1893. *Delaunay*. — Thèse de Paris.

1893. *Martin*. — 5^e Congr. de la Soc. All. de Gyn., Breslau, 26 mai.
1894. *Donnet*. — Thèse de Paris.
1894. *H. Delagénère*. — Archives provinciales de chirurgie. Nov.
1894. *Goullioud*. — Congrès de chirurgie.

OVARIOTOMIE ET GROSSESSE.

1879. *Duplay*. — Annales de Gynécologie, t. XI, p. 208.
1885. *Hégar et Kaltenbach*. — Traduct. sur la 2^e édit.
1886. *Schræder*. — Maladies des organes génitaux de la femme.
1886. *Remy*. — Thèse d'agrégation.
1887. *Hoffmeier*. — Deutsch. med. Woch. 12 mai.
1887. *Munde*. — New-York med. journ., 6 août.
1888. *Monod*. — Société de chirurgie.
1888. *Terrillon et Valat*. — Arch. de Tocol., avril.
1889. *Angelini*. — 6^e congrès de la Société italienne de chirurgie.
1889. *Richardson*. — Boston Soc. for med. improvement.
1889. *Waren*. — Id.
1891. *Baudron*. — Soc. anatom. t. V., f. 10.
1892. *Polailon*. — Arch. de toc. et de gyn., p. 727.
1892. *Dsirne*. — Archiv. f. Gynäk., XLII, 3.
1892. *Krimer*. — Thèse de Paris.
1892. *Delagénère*. — Congrès internat. de gyn. et d'obst. (Sem. méd., p. 395).
1892. *Méredith*. — Sem. méd., p. 288.
1892. *Polailon*. — Académie de médecine, 26 juillet.
1893. *Peeples*. — New-York med. journ. (Bullet. méd., p. 883).
1893. *Rokopeff*. — Russh. med. j. St-Péters., XVIII, 295-7.
1893. *Chambes*. — Australas. m. gaz. Sydney, XII, 12-15.
1893. *Butler Smith*. — British med. j. London, I, 890.
1894. *Exerke*. — Centr. f. Gyn., n° 24.
1894. *Delagénère*. — Archives provinciales de chirurgie, nov.

MYOMECTOMIE ET GROSSESSE.

1851. *Danyau*. — Gaz. méd. Paris.

1866. *Courty*. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.
1882. *Depaul*. — Annales de gynécologie.
1883. *Hegar et Kaltenbach*. — Trad. sur la 2^e édit.
1885. *Ogden*. — Canadian practitioner, avril.
1887. *Gallard*. — Gaz. des Hôp., 27 janv.
1887. *Hoffmeier*. — 16^e Congrès de chir. all., avril.
1887. *Philipps*. — British med. j. London, 23 juin.
1889. *Bergh*. — Hygiea bd LI, n^o 5, p. 292.
1889. *Routier*. — Soc. chir., nov.
1890. *Routier*. — Annales de gynéc., mars.
1890. *Ezerke*. — Deutsch. med. Woch., 17 juillet.
1890. *Gordes*. — Zeits. f. Geb. ünd. Gyn. XX-1.
- Pinard*. — Art. grossesse, Dict. des sciences médicales.
1890. *Bertin*. — Arch. de Tocol., oct.
1891. *Zaborowski*. — Thèse de Paris.
1891. *Monod*. — Soc. chir., 22 juillet.
1892. *Karl Hauser*. — Sem. med., p. 131-2.
- Traité de chirurgie, t. VIII. p. 463 4.
1893. *Frommel*. — Münch. med. Woch., 4 avril.
1893. *Routier*. — Congrès de Chirurgie.
1893. *A. Guinard*. — Congrès de Chirurgie.
1893. *Vautrin*. — Congrès de Chirurgie.
1893. *Cornil*. — Académie de Médecine, 7 février.
1894. *Mangiagalli*. — Berlin. Klin. Woch., 21 mai.
1894. *Delagénère*. — Archives provinciales de chirurgie, nov.

Vu : Le Président de la Thèse,

PINARD.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

